MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

CURRICULUM DE FORMATION

TECHNOLOGIE CONTRACEPTIVE

Version 2009

CHAPITRE IV : CONTRACEPTIFS A SEUL PROGESTATIF (CSP) 39
PILULES PROGESTATIVES (PP) 39
CHAPITRE V : CONTRACEPTIFS INJECTABLES 44
A SEUL PROGESTATIF (CIP) 44
CHAPITRE VI : LES IMPLANTS 50
CHAPITRE VII : AUTRES DISPOSITIFS A BASE DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINES 65
1. Patch transdermique 65
2. Anneau Vaginal 65
CHAPITRE VIII : DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) 66
CHAPITRE IX : METHODES BARRIERES ET SPERMICIDES 79
A/ CONDOMS MASCULINS 80
B/ LE PRESERVATIF FEMININ 82
C/ SPERMICIDES 84
CHAPITRE X : CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE 88
A/ LIGATURE DES TROMPES 89
B/ LA VASECTOMIE 89
CHAPITRE XI : CONTRACEPTION D'URGENCE 90
CHAPITRE XIII : METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (MAMA) 98
PARTIE 3 : COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT EN TECHNOLOGIE CONTRACEPTIVE 102
CHAPITRE I : LA COMMUNICATION 103
1. DEFINITION DE LA COMMUNICATION 104
2. ELEMENTS DU PROCESSUS DE COMMUNICATION 104
2.1- Obstacle à la communication 104
3. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC) 105
3.1- Définition 105
3.2- Processus du changement de comportement 105
3.3- Les facteurs qui favorisent un changement de comportement 106
4. LES DIFFERENTS SUPPORTS UTILISES EN COMMUNICATION 107
5. TYPES DE COMMUNICATION 107
5.1 Communication interpersonnelle 107
CHAPITRE II : LE COUNSELLING 110

REMERCIEMENTS

Le Ministre de la Santé Publique remercie l'OMS et l'UNFPA pour l'appui constant à la politique sanitaire du Cameroun en général et la Santé de la Reproduction en particulier.

Ces remerciements vont aussi aux experts du groupe technique qui se sont investis dans la production de ce document.

PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection maternelle et infantile
PP	Pilules progestatives
REDI	Rapport building, Exploration, Decision making, Implementing the decision
sida	Syndrome de l'immuno déficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SOU	Soins obstétricaux d'urgence
SOND	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de santé primaires
TA	Tension artérielle
VHB	Virus de l'hépatite B
VIH	Virus de l'immuno déficience humaine

COMMENT UTILISER LE PRESENT GUIDE ?

UTILISATIONS :

L'objet de ce guide de formation en technologie de la contraception est de fournir aux agents de santé du système camerounais les informations de dernière heure concernant les méthodes de PF ; d'améliorer l'accès des populations aux prestations en planification familiale et leur qualité qui propose des méthodes de contraceptions hormonales visant la réduction de la mortalité des mères et des enfants et l'amélioration de leur état de santé.

Vous pouvez vous servir de ce manuel :

Comme outil de Formation .

Les chapitres sur la formation donnent des objectifs pédagogiques afférentes aux compétences à acquérir ou à atteindre au bout de la formation et des indications générales sur la configuration et la formation à l'aide des fiches d'apprentissage, avant emploi et en cours d'emploi et la prise en charge des complications liées à la méthode choisie.

Comme guide de référence procurant l'information nécessaire qu'il faut connaître pour améliorer la prestation des services de Planification Familiale et évaluer la qualité des soins.

Ce document est un guide insistant sur la fourniture de services qui remplissent des critères de qualité essentiels. La qualité des services peut ainsi être évaluée en comparant les pratiques aux recommandations et aux instructions figurant dans le guide.

Comme outil de supervision :

Ce guide constitue une référence pour les superviseurs, permettant de repérer les situations exigeant des mesures de correction et les besoins de formation ; il peut être utilisé par le superviseur pour attirer l'attention du personnel prestataire de services sur les éléments essentiels des soins et les méthodes à suivre.

UTILISATEURS :

Ce guide est essentiellement destiné aux prestataires de services cliniques, aux formateurs et aux superviseurs des services cliniques et communautaires, tant des programmes publics que privés. Il convient également aux Médecins, aux Infirmières, aux Sages-femmes, mais peut aussi servir de base à la préparation de documents destinés aux Agents de Service à Base communautaire et au Grand public.

Emportez-le avec vous, et consultez-le souvent !

prestations familiales de base et l'Hôpital de District assure le Paquet complet des méthodes (réversibles et non réversibles) et la référence.

BUT DU COURS

Développer et/ou renforcer les compétences des prestataires afin de les rendre capables d'offrir et de gérer les services de qualité en maîtrise de santé reproductive.

METHODES DE FORMATION

. Exposé illustré
. Discussion de groupe
. Exercices individuels et de groupe
. Jeu de rôle
. Etudes de cas
. Démonstration sur modèles anatomiques
. Pratique sous la supervision d'encadreurs cliniques

MATERIEL DE FORMATION

. Modèles anatomiques :
. Le modèle ZOE pour l'examen clinique, l'insertion et le retrait du dispositif intra utérin et le Counselling
. Le modèle bras pédagogique pour le Norplant. (Bras de RITA)
. Trousse d'instruments : kits d'insertion du DIU et du Norplant
. Chevalets et papier géant avec marqueurs
. Projecteur pour diapositives
. Jeu de diapositives éducatives
. Rétroprojecteurs, transparents avec marqueurs
. Vidéo cassettes
. Manuel de référence:
. Carnet de stage pour le participant
. Carnet de stage pour le formateur

PROFIL DES PARTICIPANTS :

Les participants à ce cours devraient être des cliniciens : Médecins, Assistants médicaux, Sages-femmes, Infirmiers d'Etat travaillant dans une formation sanitaire offrant des services de santé de la reproduction (dispensaires, PMI, centre de santé, maternité, hôpital de préfecture, centre hospitalier universitaire). Les participants doivent être des prestataires de services de planification familiale ou susceptible de l'être.

PROFIL DES FORMATEURS

Les formateurs à ce cours seront des prestataires cliniques :

- Reconnus comme cliniciens qualifiés ;

PARTIE 1 : GENERALITES

CHAPITRE II : CONCEPT DE SANTE DE LA REPRODUCTION (SR)

OBJECTIFS EDUCATIONNELS

A la fin de ce chapitre, l'apprenant sera capable de :

- Définir le concept SR ;
- Citer les composantes prioritaires de la SR au Cameroun ;
- Enumérer les volets de la SR au Cameroun ;
- Expliquer le concept de la PF tant dans le monde qu'au Cameroun ;
- Citer les avantages de la PF ;
- Déterminer les obstacles à la PF.

Durée : 60 minutes

N°	Contenu/Objectifs/Activités	Durée	Méthodologie	Ressources/ Matériels Didactiques
1	Définition du concept Santé de la Reproduction	10 mn	Brainstorming et Synthèse des réponses.	Le curriculum (Document de référence) Papier Conférence/ Flipchart Marqueurs Vidéo Projecteur Ordinateur/PC ; Multiprise, Scotch ;
2	Composantes prioritaires de la SR au Cameroun	10 mn	Question-Réponses ou Brainstorming	
3	Volets de la Santé de la Reproduction et Composante de la Santé de la Reproduction	10 mn	Question-Réponses ou Brainstorming	
4	Concept de Planning Familial (PF): Evolution de la PF au Cameroun Concept de PF dans le Monde,	15 mn	Exposé Magistral	
5	Les Avantages de la PF et les obstacles à la PF	15 mn	Questions - Réponses	

Chaque volet de la santé de la reproduction comporte des composantes spécifiques.
La planification familiale est une composante commune à tous les volets.

4. Concept de planification familiale

4.1 Evolution de la P.F. au Cameroun

Au Cameroun, le concept de P.F. est un ensemble de mesures et de moyens de régulation de la fécondité, d'éducation et de prise en charge d'affections de la sphère génitale, mis à la disposition des individus et des couples afin de contribuer à réduire la mortalité et la morbidité maternelle infantile et juvénile notamment celles liées au IST/VIH, aux grossesses non désirées et aux avortements et assurer ainsi le bien-être familial et individuel.

Initialement, les services de planification familiale étaient assurés dans le seul contexte de la santé maternelle et infantile dans les centres spécialisés de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

En effet, c'est en 1989, qu'a été intégré dans le plan d'action du Ministère de la Santé Publique des mesures de PF dans le programme de SMI. Cette même année, a eu lieu le lancement du projet UNFPA de « renforcement de l'offre des services PF à travers les structures de Protection Maternelle et Infantile ».

Une année plus tard s'est tenu un séminaire national sur la définition de la politique de programme national et stratégie en matière de SMI/PF.

Au début des années 90, les activités de SMI/PF ont été intégrées dans les activités de SSP du Ministère de la santé et dans le paquet minimum d'activités par niveau. Cette volonté d'intégration visait à offrir des services de qualité dans le domaine de la SMI/PF y compris la prévention des IST /VIH. Ceci est illustré par le programme national de P.F qui recommande entre autres à tous les centres de santé et hôpitaux, de considérer la planification familiale comme partie intégrante des services de santé maternelle et infantile avec les SSP aux services de santé, à tous les niveaux d'assurer les prestations de services de PF.

4.2 Concepts de P.F dans le monde

Selon les programmes, les pays, les politiques gouvernementales, différents concepts sont utilisés. C'est ainsi qu'on distingue :

L'espacement des naissances : insiste sur la notion d'intervalle à maintenir entre les naissances sans se préoccuper de la taille de la famille.
La régulation des naissances : insiste sur l'idée de régulation par opposition à la soumission, à la fatalité biologique, au hasard de l'arrivée des enfants.
Le contrôle des naissances : insiste sur la régulation du nombre des naissances aussi bien par la famille que par la nation.
La limitation des naissances : elle suppose l'intervention de l'Etat. Elle soutient l'idée de réduire le taux d'accroissement de la population.

b) Les obstacles liés à l'acceptabilité :

-Mauvaise connaissance de la P.F. ;
-Confusion entre se planifier et se prostituer ;
-Mauvaise interprétation des concepts religieux par rapport à la PF. ;
-Opposition des partenaires ;
-Désir d'enfants de la femme ;
-Mauvaise appréciation de la P.F. pour certaines populations cibles (adolescentes) ;
-Les rumeurs néfastes pour la ¨P.F. et surtout pour certaines méthodes ;
-Croyances traditionnelles.

CHAPITRE I : ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES APPAREILS GENITAUX DE L'HOMME ET DE LA FEMME

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

A la fin de ce chapitre, l'apprenant sera capable de :

- Citer les organes génitaux internes et externes de l'homme ;
- Expliquer la fonction et le fonctionnement de chaque organe de l'homme ;
- Décrire le rôle des organes génitaux masculins dans la conception et la contraception ;
- Citer les organes génitaux internes et externes de la femme ;
- Expliquer la fonction et le fonctionnement de chaque organe de la femme ;
- Expliquer la physiologie du cycle menstruel.

Durée : 120 minutes

N°	Contenu/Objectifs/Activités	Durée	Méthodologie	Ressources/ Matériels Didactiques
1	Citer les organes génitaux internes et externes de l'homme	15 mn	Exercice de groupe sur le schéma anatomique Plénière et Synthèse des réponses.	Le curriculum (Document de référence) Papier Conférence/ Flipchart Marqueurs Vidéo Projecteur Ordinateur/PC Multiprise Scotch
2	Expliquer la fonction et le fonctionnement de chaque organe de l'homme ;	15 mn	Exercice de groupe sur le schéma anatomique Plénière et Synthèse des réponses.	
3	Décrire le rôle des organes génitaux masculins dans la conception et la contraception	15 mn	Exercice de groupe sur le schéma anatomique Plénière et Synthèse des réponses.	
4	Citer les organes génitaux internes et externes de la femme	10 mn	Exercice de groupe sur le schéma anatomique Plénière et	

APPAREIL GENITAL DE L'HOMME

1.1 Anatomie

Organes externes :
Pénis
Scrotum
Méat urinaire.

Organes internes :
Testicules
Epididyme
Canal déférent
Vessie
Prostate
Vésicules séminales
Glandes de Cooper

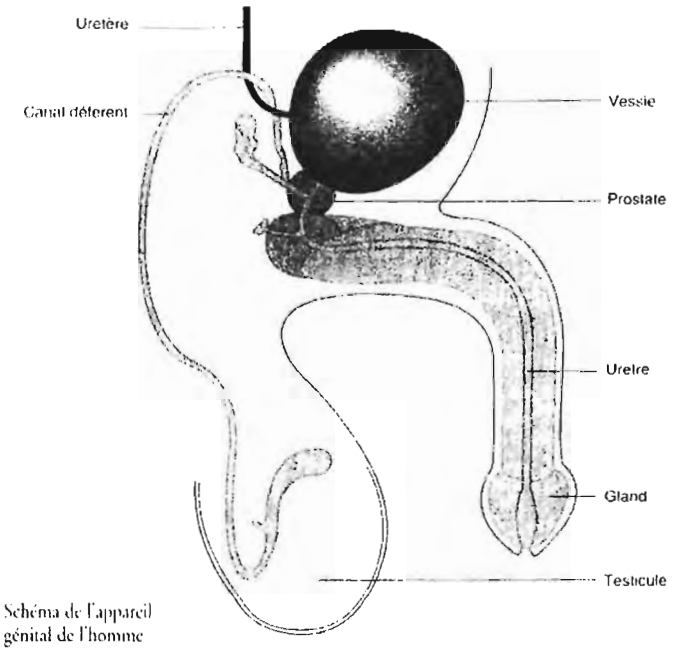


Schéma de l'appareil génital de l'homme

Figure 1 : *schéma de l'appareil génital de l'homme*

1.2.2 Rôle des organes génitaux masculins dans la conception et la contraception ***(Tableau 1):***

ORGANES	**CONCEPTION**	**CONTRACEPTION**
Les testicules	Sécrétion des spermatozoïdes Sécrétion des hormones mâles (testostérone) et autres en petite quantité (œstrogène, progestérone)	
L'Epididyme	Permet la maturation des Spermatozoïdes	
Le canal déférent	*Conducteur du sperme*	*Ligature et section (VASECTOMIE)*
Le Pénis	*Organes de copulation et d'éjaculation*	*Port de condom*

2.2 Physiologie :

2.2.1 Le cycle menstruel

Définition : Période qui s'étend du premier jour des règles au premier jour des prochaines règles. Il peut varier de 21 à 35 jours.

Description du cycle menstruel :
L'activité génitale de la femme pendant sa vie génitale active est caractérisée par des manifestations cycliques : c'est le cycle menstruel. Ce cycle concerne plusieurs organes (voir figure 4). Le saignement menstruel (les règles) est la seule manifestation qui inaugure le cycle, tout le reste est silencieux. On divise le cycle en 2 phases séparées par l'ovulation.

Phase pré ovulatoire ou ostrogénique :

Elle présente des variations de durée dans les cycles menstruels.
Les ovaires se préparent à la maturation folliculaire sous l'effet de la FSH sécrétée par l'hypophyse.
L'endomètre se prépare à recevoir l'œuf (ovule fécondé) et c'est pendant la même période que la glaire devient progressivement filante et translucide permettant le passage des spermatozoïdes.
L'ovulation est marquée par la libération de l'ovule, une élévation de la température basale.

Phase post-ovulatoire ou progestéronique :

Elle a une durée constante de 14 jours
Après la libération de l'ovule, le follicule se transforme en corps jaune qui sécrète surtout la progestérone. Si l'ovule est fécondé, l'endomètre continue de s'épaissir afin de permettre la nidation. Dans le cas contraire, le corps jaune dégénère, l'endomètre se détache et tombe : ce sont les règles et le cycle recommence.

Les impulseurs : Cycle hypothalamique
Cycle hypophysaire.

Le moteur : Cycle gonadique ovarien
Fonction exocrine : production d'ovules
Fonction endocrine : production de stéroïdes sexuels.

Les effecteurs :

Cycle tubaire :	Trompes
Cycle utérin :	Myomètre
	Endomètre
Cycle cervical :	Glaire
Cycle vaginal	
Cycle mammaire.	

Tout ce système fonctionne grâce à un phénomène de « Feed-back » (rétrocontrôle : action et réaction). L'ovule a une durée de vie de 48 heures et le spermatozoïde de 72 heures. Donc la femme n'est fécondable que pendant 2 jours, mais le moment de l'ovulation varie d'une femme à une autre et même d'un cycle à l'autre

ORGANES	CONCEPTION	CONTRACEPTION
Les ovaires	Ovulation Secrétions Œstrogène Secrétions Progestérone	- Blocage de l'ovulation ⇧ - réduction de la sécrétion hormonale
Les Trompes	Captent et véhiculent l'ovule et l'œuf dans l'utérus.	- Ligature et section
L'utérus	- Reçoit l'œuf - Joue un rôle dans l'expulsion du fœtus et dans les menstruations	- Pose D.I.U (inflammation) - hypotrophie de la muqueuse utérine. ⇧ - Depo-provera – Noristerat.
Le Col	- Porte d'entrée des spermatozoïdes - Sécrétion de la glaire cervicale	- Pose de Cape et Diaphragme - Spermicides - Eponges - Epaissement de la glaire ⇩ - par contraceptifs hormonaux.
Le vagin	- Organe de copulation - Organe récepteur du sperme - Organe d'évacuation expulsion	- Spermicides - Condom féminin
Les Glandes de Bartholin	- Rôle anti-infectieux - Rôle lubrifiant - Maintien du P.H. vaginal.	

Définition de la contraception : C'est donc l'ensemble des méthodes qui visent à empêcher la survenue d'une grossesse.

1. Classification des méthodes contraceptives

1.1. Méthodes modernes

Méthodes hormonales :

* Contraceptifs oraux combinés
* Contraceptifs oraux progestatifs
* Injectables
* Implants
* Autres dispositifs à base de contraceptifs hormonaux combinés (patch transdermique et anneau vaginal)

Méthodes de barrières :

* Condoms
* Spermicides
* Diaphragmes
* Capes cervicales

* **Dispositifs Intra- utérin (D.I.U)**

Méthodes chirurgicales:

* Ligature des trompes
* Vasectomie

1.2 Méthodes naturelles :

Abstinence périodique/ Méthode de calendrier
Méthode du collier
Méthode de température
Méthode de la glaire cervicale
Méthode symptothermique
Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

CRITERES D'ELIGIBILITE OU DE RECEVABILITE MEDICALE.

Ces critères servent à l'adoption et à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Catégorie 1 : Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction. Utiliser la méthode quelle que soit la circonstance.

Catégorie 2 : Etat où les avantages présentés par la méthode contraceptive l'emporte en général sur les risques théoriques ou avérés. Utiliser généralement la méthode.

CHAPITRE III: CONTRACEPTIFS COMBINES (OESTROGENES /PROGESTATIFS)

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

Prescrire les contraceptifs Oraux combinés (COC) de façon appropriée et en assurer le suivi.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

A la fin de la session le participant devra être capable de :

Décrire les contraceptifs oraux combinés ;
Expliquer le mode d'action des COC en se référant au cycle menstruel ;
Citer les avantages et les limites de COC ;
Enumérer les critères (médicaux) d'éligibilité ;
Citer au moins 3 exemples d'interférences médicamenteuses ;
Expliquer le mode d'emploi, et les instruments de suivi ;
Enumérer la conduite à tenir devant chaque effet secondaire.

PLAN DE SESSION			
DUREE 90 mn	**Objectifs Spécifiques**	**Méthodologie**	**Ressources**
15 mn	Décrire les contraceptifs oraux combinés	Questions-Réponses / Exposé Projection	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur. Document de référence
15 mn	Expliquer le mode d'action des COC en se référant au cycle menstruel	Idem	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur. Document de référence
15 mn	Citer les avantages et les limites de COC	Questions-Réponses /	Idem
15 mn	Enumérer les critères (médicaux) d'éligibilité	Questions-Réponses /	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur. Document de référence
-	Citer au moins 3 exemples d'interférences médicamenteuses.	Questions-Réponses /	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur. Document de référence
15 mn	Expliquer le mode d'emploi, et les instruments de suivi.	Questions-Réponses /	IDEM
15 mn	Enumérer la conduite à tenir devant chaque effet secondaire.	Questions-Réponses /	IDEM

Gain de poids
Efficacité risque d'être amoindrie avec la prise de certains médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques), la tuberculose (rifampicine) et les ARV.
L'oubli augmente l'échec
Le réapprovisionnement doit être assuré
Aucune protection contre les ITG et autres IST (par exemple, VHB, VIH.)

5. LES COC CONVIENNENT AUX

Femmes en âge de procréer,
Femmes de toutes parités, et aux nullipares,
Femmes qui souhaitent une protection très efficace contre les grossesses,
Femmes qui allaitent (6 mois post-partum ou plus),
Femmes qui sont en période post-partum et qui n'allaitent pas,
Femmes en période post-avortement,
Femmes avec des antécédents d'anémie,
Femmes avec crampes menstruelles prononcées,
Femmes avec cycles menstruels irréguliers,
Femmes avec antécédents de grossesse extra-utérines.

6. UTILISER AVEC PRECAUTION DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

CONDITIONS	RECOMMANDATIONS
Tension artérielle élevée	Initier et fournir après une évaluation prudente de la condition. Les femmes avec une TA<160/100 peuvent utiliser les COC
Diabète	On peut prendre les COC en cas de diabète sans complication ou d'une durée < 20 ans
Migraines	S'il n'y pas de migraines avec symptômes neurologiques en foyer, on peut utiliser les COC
Prend des médicaments pour l'épilepsie ou la tuberculose,	Fournir des pilules avec un niveau d'œstrogène plus élevé (50 µg ethinyl estradiol) ou aider la cliente à choisir une autre méthode.

7. LES COC NE CONVIENNENT PAS AUX

Femmes enceintes (grossesse suspectée ou confirmée)
Femmes qui allaitent et qui sont à moins de 6 à 8 semaines post-partum
Femmes avec des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à leur évaluation)
Femmes qui ont une maladie du foie active (hépatite virale)
Femmes de plus de 35 ans qui fument
Femmes avec des antécédents des maladies cardiaques, accident vasculaire cérébral ou tension artérielle élevée (>160/100)
Femmes avec des antécédents de troubles de coagulation ou de diabètes (>20 ans)
Femmes qui ont un cancer du sein

	pendant au moins deux jours, elle doit se conformer à la marche à suivre en cas d'oubli de pilule.
Saignements vaginaux	Vérifier qu'il n'existe pas de grossesse ou d'affections gynécologiques. Conseiller à la cliente de prendre la pilule au même moment chaque jour. Indiquer que ces saignotements/légers saignements menstruels sont des symptômes communs pendant les trois premiers mois d'utilisation, qu'ils vont probablement diminuer. S'ils persistent, donner une pilule avec une dose plus élevée d'œstrogène (50 µg EE) ou aider la cliente à choisir une autre méthode.
Tension artérielle élevée (> 160/100)	Si la tension artérielle d'une cliente qui a généralement une TA normale augmente avec l'utilisation d'un COC, la suivre de près. Si des signes avertisseurs (maux de tête sévères, douleur thoracique, vision trouble) surviennent ou la TA augmente au-dessus de 160/100, arrêter la méthode. Si la cliente abandonne les COC, l'aider à choisir une autre méthode (sans œstrogène). Dire à la cliente qu'une TA élevée due aux COC redevient normale après 1 à 3 mois. Prendre la TA mensuellement pour vérifier qu'elle est retournée à la normale. Si la TA n'est pas normale après 3 mois, référer la cliente pour un bilan supplémentaire.

10. INSTRUCTIONS AUX CLIENTES.

Prendre 1 pilule chaque jour, de préférence à la même heure.
Prendre la première pilule entre le premier et le cinquième jour (le premier jour est préférable) après le commencement des règles.
Certaines plaquettes ont 28 pilules, d'autres en ont 21. Lorsque la plaquette de 28 jours est terminée, commencer immédiatement à prendre les pilules d'une nouvelle plaquette. Lorsque les plaquettes de 21 jours sont terminées, attendre une semaine (7 jours) puis commencer à prendre les pilules d'une nouvelle plaquette.
Si la cliente vomit dans les 2 heures qui suivent la prise de la pilule, prendre une autre pilule.
Si la cliente oublie de prendre 1 à 2 pilules actives, elle doit en prendre une dès qu'elle se souvient, même si cela signifie prendre 2 pilules en 1 jour. Ensuite continuer à prendre 1 comprimé tous les jours.

Si la cliente oublie de prendre 3 pilules actives ou plus, elle doit prendre 1 pilule dès que possible et continuer à prendre 1 pilule chaque jour. Demander à la cliente d'utiliser une méthode d'appoint (par exemple, condoms) ou de ne pas avoir de rapports sexuels pendant 7 jours.
Si elle débute une nouvelle plaquette avec 3 jours de retard ou plus et elle a des rapports sexuels non protégés utiliser la contraception d'urgence
Si les comprimés oubliés concernent ceux de la troisième semaine de prise, finir les comprimés actifs de la plaquette en cours et commencer immédiatement une nouvelle plaquette. Elle ne doit pas prendre les pilules inactives.

SIGNES AVERTISSEURS POUR LES UTILISATRICES DES COC
Douleurs à la poitrine ou souffle coupé Maux de tête prononcés ou vision trouble douleurs graves aux jambes Absence de saignements ou de saignotements pendant la semaine sans pilule (plaquette de 21

CHAPITRE IV : CONTRACEPTIFS A SEUL PROGESTATIF (CSP) PILULES PROGESTATIVES (PP)

OBJECTIFS EDUCATIONNELS :

A la fin de la session le participant devra être capable de :

Décrire les CSP
Expliquer le mode d'action
Citer les avantages et les limites
Appliquer les critères d'éligibilité
Expliquer le mode d'utilisation et les éléments de suivi
Enumérer les signes qui doivent faire revenir la cliente
Expliquer la conduite à tenir devant chaque effet secondaire et complication

PLAN DE SESSION			
Durée 120 mn	**Objectifs Spécifiques**	**Contenu et méthodologie**	**Ressources**
30 mn	Décrire les CSP./	Exposé	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur.
20 mn	Expliquer le mode d'action	Exposé	Idem
10 mn	Citer les avantages et les limites	Exposé	Idem
20 mn	Appliquer les critères d'éligibilité	Exposé	Idem
15 mn	Expliquer le mode d'utilisation et les éléments de suivi	Exposé	Idem
10 mn	Enumérer les signes qui doivent faire revenir la cliente	Exposé	Idem
15 mn	Expliquer la conduite à tenir devant chaque effet secondaire et complication	Exposé	Idem

-La prise de certains médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques), la tuberculose (rifampicine) et les ARV peu en réduire l'efficacité ;
-Aucune protection contre les ITG/IST (par exemple, VHB, VIH).

5. LES CONTRACEPTIFS A SEUL PROGESTATIFS CONVIENNENT AUX :

-Femmes en âge de procréer ;
-Femmes de toutes parités, et aux nullipares ;
-Femmes qui souhaitent une protection très efficace contre la grossesse ;
-Femmes qui allaitent et qui ont besoin de contraception ;
-Femmes en post-partum qui n'allaitent pas ;
-Femmes séropositives et/ou sous ARV (nécessité d'une double protection) ;
-Femmes en période post-avortement ;
-Femmes qui fument (quel que soit l'âge ou la quantité) ;
-Femmes qui ont une pression artérielle <160/100 ou des problèmes de coagulation ;
-Femmes qui préfèrent ne pas utiliser d'œstrogène ou qui ne devraient pas .

6. LES CONTRACEPTIFS A SEUL PROGESTATIFS NE CONVIENNENT PAS AUX :

-Femmes enceintes (grossesse suspectée ou confirmée) ;
-Femmes qui ont des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation) ;
-Femmes avec accidents vasculaire cérébral ou des antécédents ;
-Femmes avec thromboses vasculaires ou antécédents ;
-Femmes qui ne tolèrent pas de changement dans leur mode de saignement menstruel ;
-Femmes qui prennent des médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques), la tuberculose (rifampicine) et les ARV ;
-Femmes qui ont un cancer du sein ou des antécédents ;
-Femmes qui ne peuvent pas se rappeler de prendre une pilule chaque jour à la même heure.

7. QUAND COMMENCER ?

-Dans les 5 jours suivant le début des règles ;
-Après 5 jours du cycle menstruel donner les CSP si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Lui recommander une méthode d'appoint ou l'abstinence pendant les 2 jours qui suivent ;
-Post-partum ;
-Après 6 mois si la cliente allaite et utilise la méthode MAMA ;
-Après 6 semaines si la cliente allaite, mais n'utilise pas la méthode MAMA ;
-Immédiatement ou dans les 6 semaines si la cliente n'allaite pas ;
-Post-avortement : immédiatement.

10. INFORMATIONS GENERALES

Des changements dans le mode de saignement menstruel sont communs, surtout après les 2 à 3 premiers cycles. Ces changements sont temporaires et ne posent que rarement un risque pour la santé
D'autres effets secondaires mineurs peuvent inclure : prise de poids, légers maux de tête et seins sensibles. Ce n'est pas grave, et ces symptômes disparaissent graduellement.
La cliente doit informer le prestataire si elle commence à prendre de nouveaux médicaments
Aucune protection contre les ITG /IST, y compris l'infection au VIH. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser à la fois condoms et PSP.

SIGNES AVERTISSEURS POUR LES UTILISATRICES DE LA PSP.

-Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse) ;
-Douleurs vives au bas ventre (peut être un symptôme de grossesse extra-utérine)
-Saignements abondant (deux fois plus abondant et plus long que la normale) ou saignement prolongé (plus de 8 jours) ;
-Migraine, maux de tête très prononcés ou vision trouble.

Contacter le prestataire ou la formation sanitaire si vous notez un des problèmes susmentionnés.

11. QUI PEUT OFFRIR CES SERVICES ?

-Médecins ;
-Infirmiers, sages-femmes, personnel paramédical ;
-Pharmaciens ;
-Relais pour services à base communautaire.

12. OU PEUT-ON LES FOURNIR ?

-Hôpitaux centraux, provinciaux de district ;
-Centre de santé Intégré/Centre médicalisé d'arrondissement ;
-Services à base communautaire ;
-Formations sanitaires privées ;
-Pharmacie.

Définition : Les contraceptifs injectables à seul progestatif se composent d'hormones stéroïdes synthétiques semblables à la progestérone, hormones féminines.

Ils sont administrés par injection intramusculaire, ce qui entraîne une résorption lente vers le sang. Une seule injection suffit à assurer une contraception sûre et hautement efficace pendant 2 ou 3 mois.

1. TYPES .

Dépo-Provera : 150 mg d'acétate de medroxypogestérone (DMPA) injecté tous les 3 mois et peut être donné jusqu'à 4 semaines (28 jours) avant ou après la date de la prochaine injection.
Noristerat : 200 mg d'enanthate de noréthisterone (NET-EN) injecté tous les 2 mois et peut être donné jusqu'à 2 semaines (14 jours) avant ou après la date de la prochaine injection.

2. MECANISMES D'ACTION.

-Epaississent de la glaire cervicale, empêchant ainsi la pénétration des spermatozoïdes Modifie l'endomètre, rendant la nidation plus difficile ;
-Diminuent le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) ;
-Suppriment l'ovulation.

3. AVANTAGES.

3.1 Sur le plan contraceptif :

-Très efficace (taux d'échec de 0,3 à 1 pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation) ;
-Efficace immédiatement (<24 heures) ;
-Protection de durée moyenne (2 ou 3 mois par injection) ;
-Examen gynécologique pas nécessaire avant utilisation ;
-N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
-N'affecte pas l'allaitement ;
-Peu d'effets secondaires ;
-La cliente n'a pas besoin de matériel ;
-Peut être fourni par un personnel non médical formé ;
-Ne contient pas d'œstrogène ;
-Discrétion.

3.2 Sur le plan de la santé :

-Réduction éventuelle des crampes menstruelles ;
-Menstruation éventuellement moins abondante ;
-Amélioration éventuelle de l'anémie ;
-Protection contre les cancers de l'endomètre ;
-Diminution des maladies bénignes des seins ;
-Protection contre certaines causes de MIP ;
-Diminution des crises drépanocytaires.

7. LES CONTRACETIFS INJECTABLES À SEUL PROGESTATIF NE CONVIENNENT PAS AUX :

-Femmes enceintes (grossesse suspectée ou confirmée) ;
-Femmes qui ont des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation) ;
-Femmes qui ne tolèrent pas de changement dans leur mode de saignement menstruel, surtout l'aménorrhée ;
-Femmes qui ont un cancer du sein ou des antécédents.

8. QUAND COMMENCER ?

A n'importe quel moment du cycle menstruel si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte
Jour 1 à jour 7 du cycle menstruel
Post-partum :
Après 6 mois si la cliente allaite et utilise la méthode MAMA
Après 6 semaines si la cliente allaite, n'utilise pas la méthode MAMA
Immédiatement ou dans les 6 semaines si la cliente n'allaite pas
Post-avortement : immédiatement

Changement d'une méthode hormonale antérieure par la CIP

Si la méthode hormonale antérieure a été utilisée correctement ou si on est sûr que la femme n'est pas enceinte, lui donner immédiatement la première injection.

Changement d'une méthode non hormonale par la CIP

Si la méthode antérieure a été utilisée correctement ou si on est sûr que la femme n'est pas enceinte, lui donner immédiatement la première injection. Il n'est pas nécessaire d'attendre les prochaines règles.

Si le début des règles remonte à plus de 7 jours, lui recommander une méthode d'appoint (Condom) ou l'abstinence pendant les 7 jours qui suivent.

10. INSTRUCTIONS POUR LES CLIENTES.

Revenir à la formation sanitaire pour une injection tous les 3 mois (DMPA) ou tous les 2 mois (NET-EN).

11. INFORMATIONS GENERALES.

Des changements dans le mode de saignement menstruel (l'aménorrhée est commune, surtout après les 2 à 3 premières injections. Ces changements sont temporaires, et ne posent que rarement un risque pour la santé.
D'autres effets secondaires mineurs peuvent inclure : prise de poids, légers maux de tête, et seins sensibles. Ce n'est pas grave, et ces symptômes disparaissent graduellement.
Pour les femmes qui utilisent le DMPA, le retard de retour de fécondité est temporaire (environ 10 mois après la dernière injection). Le DMPA ne provoque pas la baisse de fertilité à long terme.
L'aménorrhée est présente dans 50% des cas pour les utilisatrices de DMPA à la fin de la première année (ce n'est pas grave, et s'il n'y a aucun symptôme de grossesse, cela ne nécessite pas de traitement).
Aucune protection ne contre les ITG/IST, y compris l'infection au VIH et le VHB. Si l'un des partenaires est à risque, ils doivent utiliser en même temps des condoms et des injections.

LES SIGNES AVERTISSEURS POUR LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

-Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut-être un signe de grossesse)
-Vive douleur au bas ventre (peut-être un symptôme de grossesse extra-utérine)
-Saignement abondant (deux fois plus abondant et plus long que d'habitude) ou saignement prolongé (plus de 8 jours)
-Pus ou saignement à l'endroit de l'injection
-Migraine (maux de tête vasculaire), maux de tête prononcés et fréquents, trouble de la vision.

Contacter le prestataire ou la formation sanitaire si vous notez un des problèmes susmentionnés.

12. QUI PEUT OFFRIR CES SERVICES .

-Médecins ;
-Infirmiers, sages-femmes, personnel paramédical ;
-Relais pour services à base communautaire ;
-Pharmaciens.

13. OU PEUT-ON LES FOURNIR

-Hôpitaux ;
-Formation sanitaire ;
-Pharmacie ;
-Programmes de distribution à base communautaire.

Définition : Les implants sont des contraceptifs progestatifs, qui insérés sous la peau, libèrent des doses quotidiennes minimes à un rythme régulier, pour obtenir l'effet contraceptif recherché.

1. TYPES.

-Types à six bâtonnets : six bâtonnets fins et souples remplis de 36mg de lévonorgestrel (LNG), exemple le Norplant® ;
-Types à deux bâtonnets : deux bâtonnets fins et souples remplis de 75mg de lévonorgestrel (LNG), exemple le Jadelle® ;
-Types à un bâtonnet : un bâtonnet fin et souple rempli de 68mg de d'étonogestrel, exemple Implanon®.

2. MECANISMES D'ACTION.

-Epaississent la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes ;
-Changent l'endomètre, rendant la nidation plus difficile ;
-Ralentissent le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope) ;
-Suppriment l'ovulation.

3. AVANTAGES.

3.1 Sur le plan contraceptif ;

-Très efficaces (taux de grossesse 0,1 pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation) ;
-Efficaces immédiatement (< 24 heures) ;
-Méthodes à long terme (protection s'étend de 3 à 7 ans) ;
-Examen gynécologique pas nécessaire avant utilisation ;
-N'interfèrent pas avec les rapports sexuels ;
-N'affectent pas l'allaitement ;
-Peu d'effets secondaires ;
-Ne contiennent pas d'œstrogène ;
-Retour à la formation sanitaire seulement en cas de problèmes ;
-Pas besoin de matériel ;
-Peuvent être fourni par un personnel médical ou paramédical formé ;
-Retour immédiat de la fécondité dès le retrait (réversible).

3.2 Sur le plan de la santé ;

-Menstruations moins abondantes, plus courtes ;
-Moins de crampe menstruelle ;
-Diminution du risque d'anémie ;
-Protection contre les cancers de l'endomètre ;
-Diminution des maladies bénignes des seins ;
-Protection contre certaines causes de MIP ;
-N'interfère pas avec les rapports sexuels, ni avec l'allaitement.

7. LES IMPLANTS NE CONVIENNENT PAS AUX :

-Femmes enceintes (grossesse suspectée ou confirmée) ;
-Femmes qui ont des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation) ;
-Femmes qui ne tolèrent pas de changement dans leur mode de saignement menstruel ;
-Femmes qui ont un cancer du sein ou des antécédents.

8. QUAND COMMENCER ?

A n'importe quel moment du cycle menstruel si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ;
Jour 1 à jour 7 du cycle menstruel ;
Au-delà du 7ème jour, recommander à la femme l'emploi d'une méthode d'appoint (Condom) ou l'abstinence pendant les 7 jours qui suivent la pose ;
Post-partum :
Après 6 mois si la cliente allaite et utilise la méthode MAMA
Après 6 semaines si la cliente allaite mais n'utilise pas la méthode MAMA
Immédiatement ou dans les 3 semaines si la cliente n'allaite pas ;
Post-avortement : immédiatement.

Changement d'une méthode hormonale antérieure par l'implant.
Si la méthode hormonale antérieure a été utilisée correctement ou si on est sûr que la femme n'est pas enceinte, lui insérer immédiatement les implants.

Changement d'une méthode non hormonale par l'implant

Si la méthode antérieure a été utilisée correctement ou si on est sûr que la femme n'est pas enceinte, lui insérer immédiatement les implants. Il n'est pas nécessaire d'attendre les prochaines règles.

Si le début des règles remonte à plus de 7 jours, lui recommander une méthode d'appoint (Condom) ou l'abstinence pendant les 7 jours qui suivent.

9. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS ET AUTRES PROBLEMES

EFFETS SECONDAIRE/PROBLEMES	CONDUITE A TENIR
Aménorrhée (absence de saignement ou de saignotement vaginal)	Vérifier qu'il n'existe pas de grossesse. Si la cliente **n'est pas enceinte**, aucun traitement n'est nécessaire sauf le réconfort. Expliquer que le sang ne s'accumule pas à l'intérieur de l'utérus ou dans le corps dans le cas de l'aménorrhée. L'action continue de petite quantité de progestérone (LNG) rétrécit l'endomètre, d'où des saignements menstruels moindres, et chez certaines femmes, pas de saignement du tout. Enfin, conseiller à la cliente de revenir à la formation sanitaire si l'aménorrhée continue à être un problème. Si une **grossesse intra-utérine** est confirmée, retirer les implants, et lui dire que la petite dose de progestatifs (lévonorgestrel) n'aura aucun effet nuisible sur le fœtus.

11. INFORMATIONS GENERALES

L'effet contraceptif des implants commence dès que les bâtonnets sont insérés, et continue jusqu'au retrait (3 à 7 ans d'utilisation).
Il faut retirer les bâtonnets 3 à 7 ans après l'insertion, mais cela peut être fait plus tôt si la cliente le souhaite.
Des changements dans le mode de saignements mensuels sont communs, surtout dans les mois suivant l'insertion. Ces changements constituent rarement un risque pour la santé.
Certains médicaments (rifampicine, et la plupart des médicaments pour l'épilepsie, les ARV) peuvent diminuer l'efficacité des implants. Pour cette raison, la cliente devra informer le prestataire de services en cas de prise de nouveaux médicaments.
D'autres effets secondaires mineurs peuvent inclure : prise de poids, légers maux de tête, et seins sensibles. Ces symptômes ne sont pas dangereux et disparaissent graduellement.

Mise en garde : Si l'on attend au delà de 3 à 7 ans pour retirer les bâtonnets, la possibilité d'être enceinte devient plus importante.

Donner à la cliente une carte mentionnant la date de l'insertion des implants et le nom de la formation sanitaire.
Aucune protection contre les ITG et d'autres IST, y compris l'infection au VIH. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser des condoms.

12. VISITES DE SUIVI .

Il n'existe aucune raison médicale pour la cliente de revenir avant 3 à 7 ans à compter de l'insertion à moins qu'il n'y ait un problème ou qu'elle désire qu'on lui retire les implants.
Toutefois, il est bon de revenir pour une visite de routine pour des besoins de santé de la reproduction, notamment pour s'approvisionner en condoms si nécessaire.

SIGNES AVERTISSEURS POUR LES UTILISATRICES DES IMPLANTS

- Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse)
- Vive douleur au bas ventre (peut être un symptôme de grossesse extra-utérine)
- Saignement abondant (deux fois plus long ou deux fois plus qu'à la normale) ou saignement prolongé (plus de 8 jours)
- Pus ou saignement au site de l'insertion
- Expulsion d'un bâtonnet
- Migraine (maux de tête vasculaires), maux de tête très prononcés et fréquents ou vision trouble

Contacter le prestataire ou la formation sanitaire si vous notez un des problèmes susmentionnés.

13. QUI PEUT OFFRIR CES SERVICES.

-Médecins ;
-Infirmiers, sages-femmes ou autres personnel de santé formés ;

C. AVANTAGES CONTRACEPTIFS

-Très efficace (de 0,05 à 11,2 d'échec pour 100 femmes durant la première année d'utilisation) ;
-Efficace rapidement (< 72 heures) ;
-Méthode à long terme (protège jusqu'à 3 années) ;
-Examen gynécologique pas nécessaire avant l'utilisation ;
-N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
-N'affecte pas l'allaitement ;
-Retour immédiat de la fécondité après le retrait ;
-Peu d'effets secondaires ;
-La cliente ne doit retourner à la clinique qu'en cas de problèmes ;
-Pas de fournitures nécessaires de la part de la cliente ;
-Peut être fourni par un non médecin formé (infirmière ou sage-femme) ;
-Ne contient pas d'œstrogène.

D. AVANTAGES SUR LE PLAN DE LA SANTE.

-Réduit la grossesse ectopique ;
-Peut diminuer les crampes menstruelles ;
-Peut diminuer le saignement menstruel ;
-Peut améliorer l'anémie ;
-Protège contre le cancer de l'endomètre ;
-Diminue les maladies bénignes du sein ;
-Protège contre certaines causes de MIP.

E. LIMITES/INCONVENIENTS.

-Cause des changements dans les modes de saignements menstruels (saignements irréguliers/saignotements) chez la plupart des femmes ;
-Nécessite un prestataire formé pour l'insertion et le retrait ;
-Les femmes doivent retourner au prestataire de services ou à la clinique pour l'insertion d'un autre jeu de bâtonnets ou le retrait ;
-La femme ne peut pas arrêter quand elle le désire (dépend du prestataire) ;
-L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine) ;
-L'efficacité par rapport au coût dépend de la durée d'utilisation ;
-Ne protège pas contre les IST (par exemple, le VHB, VIH).

F. CONVIENT

Aux femmes:
-en âge de procréer ;
de toutes parités y compris les femmes nullipares ;
-qui veulent une protection très efficace et à long terme contre la grossesse ;
-qui allaitent (6 semaines ou plus post-partum) ;
-en post-partum et qui n'allaitent pas ;
-en période post abortum.
-avec le nombre d'enfants souhaité et qui ne veulent pas une stérilisation volontaire ;
-avec des antécédents de grossesse extra-utérine ;

K. RECOMMANDATIONS POUR LA PREVENTION DES INFECTIONS.

-Laver la main et le bras entièrement avec de l'eau et du savon avant d'y appliquer la solution antiseptique ;
-Utiliser des instruments, gants chirurgicaux et autres matériels stériles ou désinfectés à haut niveau ;
-Après les avoir utilisés, décontaminer tous les articles ;
-Placer le matériel jetable (aiguille et seringue) et les déchets dans un récipient imperforable avant de les éliminer ;
-Nettoyer le matériel réutilisable puis le stériliser (ou le désinfecter à haut niveau).

L. EFFETS SECONDAIRES FREQUEMMENT RAPPORTES.

Effets secondaires	Pourcentage de femmes
Pertes vaginales	24,3
Maux de tête	23,5
Douleurs pelviennes	16,7
Augmentation de poids	12,0
Vertiges	10,7
Douleurs aux seins	8,3
Démangeaisons génitales	8,2
Enervement	7,7
Cervicite	7,5
Nausées	6,7

M. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS.

Effets secondaires	Prise en charge
Saignements irréguliers ou abondants	Vérifier s'il y a des problèmes gynécologiques. Counselling et réconfort COC, AINS ou œstrogènes par voie orale.
Maux de tête	Analgésiques non narcotiques
Changement de poids	Antécédents de régime, conseils et exercice
Seins sensibles	Soutien-gorge
Ecoulement mammaire	Stimulation réduite du mamelon
Acné	Régime, produits pour nettoyer la peau, antibiotiques à usage local.

-S'assurer que le choix contraceptif de la cliente est bien l'Implant ;
-Revoir la liste de vérification pour s'assurer que la cliente est éligible ;
-Effectuer un bilan complémentaire si nécessaire ou référer ;
-Vérifier avec la cliente si elle connait les effets secondaires des Implants ;
-Prêter une oreille attentive aux besoins et préoccupations de la cliente concernant les
-Implants ;
-Expliquer la procédure d'insertion.

MATERIEL : à compléter

TECHNIQUE :

- vérifier que la cliente a bien lavé et rincé son bras ;
- expliquer à la cliente les étapes et l'encourager à poser des questions ;
- choisir et placer le bras de la cliente sur un linge propre ;
- en utilisant la maquette, marquer des points sur le bras pour chaque capsule ;
- vérifier la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau ;
- se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon et les sécher avec un linge propre ou à l'air ;
- porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau ;
- préparer le site d'insertion en passant une solution antiseptique ;
- placer un linge stérile ou désinfecté à haut niveau sur le bras ;
- injecter l'anesthésique (1% sans adrénaline) en sous cutané ;
- avancer l'aiguille d'environ 4 cm et 1 ml d'anesthésie local dans chacun des trois sillons subdermiques ;
- vérifier l'effet anesthésique avant d'inciser la peau ;
- faire une incision superficielle de 2 ml avec le bistouri juste sous la peau, ou insérer directement le trocart sous la peau ;
- faire avancer le trocart et le mandrin tout en gonflant la peau jusqu'à la marque, près de la garde du trocart ;
- retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart avec la main gantée ou les pinces ;
- réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'il y ai une résistance ;
- tenir le mandrin fermement avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin ;
- retirer le mandrin et le trocart ensemble, jusqu'à la marque, près du bout du trocart apparaisse dans l'incision(ne pas retirer le trocart de la peau) ;
- éloigner le bout du trocart de l'extrémité de la capsule en la tenant à l'écart du trocart ;
- rediriger le trocart d'environ 15 ° et avancer le trocart et le mandrin à la marque ;
- insérer les capsules restantes en utilisant la même technique ;
- palper les capsules pour vérifier que les 6 capsules ont été insérées en forme d'éventail ;
- palper l'incision pour vérifier que les capsules sont éloignées de 5 mm de l'incision ;
- ne pas retirer le trocart de l'incision tant que la dernière capsule n'a pas été insérée ;

TACHES APRES L'INSERTION :

- enlever le champ opératoire et frotter la peau de la cliente avec un tampon d'alcool;

- faire une petite incision superficielle de 4 mm verticalement entre les bâtonnets à environ 5 mm au-dessus au bout du bâtonnet la plus proche des plis du coude ;
- tout en stabilisant le bâtonnet avec l'index, saisir la capsule à angle droit et tirer doucement la capsule vers l'incision ;
- tourner la manche à 180° pour exposer le bâtonnet ;
- nettoyer et ouvrir la gaine de tissu fibreux avec de la gaze stérile (ou un bistouri si nécessaire) ;
- saisir le bout exposé du bâtonnet avec les pinces recourbées, tirer le bâtonnet et la poser dans un bâtonnet contenant une solution chlorée à 05 % pendant 10 mm pour la décontaminer ;
- retirer le bâtonnet restant en procédant de la même manière ;
- injecter plus d'anesthésie si nécessaire ;
- une fois tous les bâtonnets retirés, les compter pour s'assurer que tous les bâtonnets ont été entièrement enlevés et les montrer à la cliente.

TACHES APRES LE RETRAIT :

- enlever le champ opératoire et frotter la peau de la cliente avec un tampon d'alcool;
- resserrer les bords de l'incision et les refermer avec du sparadrap ou un pansement chirurgical avec la compresse stérile ;
- appliquer un pansement bien serré ;
- avant d'enlever les gants, remplir ou rincer l'aiguille et la seringue avec une solution chlorée à 0,5% et placer les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer ;
- jeter les déchets contaminés dans un récipient étanche ou un sac en plastic ;
- tremper les deux mains gantée dans une solution chlorée à 0,5%, retirer les gants en les retournant ;
- se laver les mains soigneusement et les sécher ;
- remplir le dossier de la cliente avec le dessin de l'emplacement des bâtonnets.

COUNSELLING POST INSERTION :

- donner à la cliente des instructions sur les soins de la plaie et lui donner le rendez-vous pour le suivi ;
- discuter de ce qu'il faut faire si la cliente a des problèmes ou des effets secondaires après l'insertion ;
- conseiller à la cliente concernant une nouvelle méthode contraceptive ;
- aider la cliente à obtenir une nouvelle méthode contraceptive ou lui fournir une méthode temporaire (barrière), jusqu'à ce que la méthode choisie puisse commencer
- dire à la cliente qu'elle peut demander qu'on replace les bâtonnets à n'importe quel moment ;
- demander à la cliente de répéter les instructions et répondre à ses questions ;
- observer la cliente pendant 10 à 20 minutes avant de la renvoyer chez elle ;

AUTRES METHODES DE RERAIT :

Technique standard :

- faire une petite incision (4mm) en dessous des extrémités des bâtonnets ;

CHAPITRE VII : AUTRES DISPOSITIFS A BASE DE CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINES

1. Patch transdermique

Le patch contraceptif transdermique est un nouveau dispositif de contraception à base d'œstrogène et progestatif combinés, facile à utiliser et réversible. Son efficacité est similaire a celle des COC et présente l'avantage d'être administré sur une semaine et non chaque jour, ce qui améliore le respect des règles d'utilisation.
Le patch est de couleur beige et mesure 4cm de côté. Appliquer sur la peau, il libère chaque jour 150 µg de norelgestromin et 20 µg d'ethinylestradiol dans le flux sanguin. Il peut être appliqué sur la partie basse de l'abdomen, sur une fesse, sur le bras ou sur le tronc (mais pas sur les seins). Il est conçu pour être porté pendant 7 jours consécutifs. Trois patchs sont utilisés pour chaque cycle, suivi d'un intervalle de 7 jours sans patch. Il protège contre la grossesse, mais il est moins efficace chez les femmes qui pèsent plus de 90 kg. Les risques associés à son utilisation sont les mêmes que pour les COC. Il ne protège pas contre les IST, y compris l'infection au VIH.

2. Anneau Vaginal

L'anneau vaginal est fin, transparent et flexible. Inséré dans le vagin il assure une protection contraceptive. C'est une méthode hormonale facile à utiliser et réversible. Il libère de façon continue une faible dose d'œstrogène et de progestatif. Il est porté de façon continue pendant 3 semaines, puis enlevé pendant une semaine. Un nouvel anneau est inséré tous les mois. Il est hautement efficace lors qu'il est correctement utilisé. Les risques et les effets secondaires qui y sont associés sont les mêmes que pour les COC. Il ne protège pas contre les IST, y compris l'infection au VIH.

10 mn	Enumérer tout le matériel de pose et de retrait du DIU.	Exposé	Idem
50 mn	Décrire les étapes d'une insertion douce et sans risque du DIU.	Projection cassette vidéo Commentaires / démonstration / ou exploitation Fiche d'apprentissage	Projection vidéo avec écran téléviseur et magnétoscope. Document de réf.
-	Charger le DIU dans son emballage stérile		
-	Poser le DIU sur Mannequin (ZOE) jusqu'à l'acquisition de la maîtrise de la compétence	Projection cassette vidéo Commentaires / démonstration / ou exploitation Fiche d'apprentissage	Projection vidéo avec écran téléviseur et magnétoscope. Document de réf.
-	- Décrire les aspects importants du suivi des clientes désormais porteuses de DIU.	Idem	
-	Décrire les étapes du retrait du DIU.	Idem	
-	Effectuer le retrait du DIU sur Mannequin jusqu'à l'acquisition de la maîtrise de la compétence.	Idem	
15 mn	Expliquer la CAT devant chaque effet secondaire et complication en se référant au protocole.	Exposé	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur.
10 mn	Expliquer les signes avertisseurs du DIU.	Exposé	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur.
15 mn	Expliquer les éléments du suivi de l'utilisation du DIU.	Exposé	Idem

Il faut vérifier la présence des fils après chaque menstruation s'il y a des crampes, des saignotements ou des douleurs
La femme ne peut pas arrêter l'utilisation quand elle le veut (dépend du prestataire)
Saignements et crampes menstruelles plus prononcés pendant les premiers mois d'utilisation (DIU libérant du cuivre seulement)
Peut s'expulser spontanément
Rarement (moins d'un cas sur 1000) il peut y avoir perforation de l'utérus lors de l'insertion
Peut augmenter le risque de MIP et d'infertilité chez des femmes exposées aux ITG/IST
Migration vers la cavité péritonéale

5. LES DIU CONVIENNENT AUX :

Femmes en âge de procréer,
Femmes de toutes parités, et aux nullipares
Femmes qui souhaitent une protection très efficace et à long terme contre la grossesse
femmes qui ont déjà utilisé le DIU avec succès
Femmes qui allaitent et qui ont besoin de contraception
Femmes en post-partum
Femmes séropositives et/ou sous ARV avec bon état clinique
Femmes en période post-abortum qui n'ont aucun signe d'infection pelvienne
Femmes courant un faible risque de contacter des ITG/IST
Femmes qui préfèrent ne pas utiliser de méthodes hormonales ou qui ne devraient pas les utiliser
Femmes qui ne peuvent pas se rappeler de prendre une pilule chaque jour

6. UTILISER AVEC PRECAUTION DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

CONDITIONS	RECOMMANDATIONS
Menstruations douloureuses	Informer la cliente de la possibilité de pertes de sang plus abondantes et de crampes menstruelles accrues provoquées par le DIU (normalement un problème seulement pendant les premiers cycles dans le cas des DIU libérant du cuivre)
Valvulopathie symptomatique	Donner une prophylaxie à base d'antibiotiques au moment de l'insertion
Anémie (hémoglobine < 9 g/dl)	Insérer le DIU, donner un traitement pour l'anémie et faire un suivi.

7. LES DIU NE CONVIENNENT PAS AUX

Femmes enceintes (grossesse suspectée ou confirmée),
Femmes qui ont des saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation),
Femmes , malades de sida.

	sexuels. Vérifier si les fils sont dans le canal endocervical ou la cavité utérine après les prochaines menstruations. Si les fils sont manquants, référer la cliente pour des rayons-X ou une échographie. Si la cliente n'est pas enceinte, et que le DIU est tombé ou n'est pas trouvé, insérer un nouveau DIU ou aider la cliente à choisir une autre méthode
Pertes vaginales/MIP suspectée	Examiner pour détecter une éventuelle ITG/IST. Traiter au moyen d'antibiotiques appropriés. Retirer le DIU seulement si la femme le désire et après le traitement antibiotique
Saignements vaginaux irréguliers ou abondants	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse extra-utérine ou une affection pelvienne. Traiter ou référer de manière appropriée. Si l'examen est normal et que le saignement est prolongé ou abondant, conseiller un bilan supplémentaire et référer. Il n'est pas nécessaire de retirer le DIU. Le DIU peut être retiré si la cliente le désire. Si la cliente a un DIU depuis plus de trois mois, recommander le retrait en cas d'une anémie marquée (hémoglobine ‹7 g/dl), et l'aider à choisir une autre méthode. Prescrire du fer.

10. INSTRUCTIONS POUR LES CLIENTES

Revenir pour un bilan après la première menstruation post-insertion, 4 à 6 semaines après l'insertion.
Pendant le premier mois après l'insertion, vérifier la présence des fils à plusieurs reprises surtout après votre prochaine menstruation.
Après le premier mois, vous n'avez plus besoin de vérifier la présence des fils après la menstruation sauf si vous avez
Des crampes au bas-ventre
Des saignements entre les menstruations ou après les rapports sexuels, ou
Une douleur après les rapports sexuels (ou si quelque chose gêne votre partenaire pendant les rapports sexuels)
Il faut retirer le TCu 380A après 10 ans mais il peut être retiré plus tôt si vous le désirez
Revenez à la formation sanitaire si :
Vous ne sentez pas les fils
Vous sentez le bout en plastique du DIU
Le DIU a été expulsé, ou
La menstruation est retardée.

11. INFORMATIONS GENERALES

Le DIU est efficace immédiatement après insertion
Le DIU peut tomber de l'utérus spontanément, en particulier au cours des premiers mois après l'insertion
Des saignements ou des saignotements peuvent se produire pendant quelques jours après l'insertion
Les saignements menstruels seront plus prolongés et plus abondants en principe (DIU libérant du cuivre) ou plus courts et plus légers (DIU libérant des progestatifs)
Si la cliente souhaite, on peut lui retirer le DIU quand elle le désire
Informer la cliente sur le type de DIU qui est inséré, sur la date du retrait et lui donner une fiche qui contient ces informations

Haricot
Poubelle
Garniture

Etapes d'insertion
Accueil
Saluer poliment la cliente
Installer la cliente
rassurer la cliente
Evaluation
Demander à la cliente si elle maintient sa décision de se voir insérer un DIU
Réexaminer avec la cliente l'information contenue dans son dossier pour s'assurer qu'elle a été adéquatement conseillée pour l'insertion du DIU ; demander a la cliente si elle a des questions concernant le DIU ou l'insertion
Réexaminer avec la cliente les antécédents de santé de la reproduction et les antécédents médicaux appropries. Demander à la cliente les renseignements ci dessus et les noter pour confirmer que le DIU est un choix approprie pour elle, et pour s'assurer qu'elle n'est pas enceinte et qu'elle ne court pas un risque élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles (IST) :
Date des dernières règles
Antécédents de dysménorrhée grave
Pertes vaginales anormales ou purulentes récentes, douleurs lors des rapports sexuels ou douleurs dans le bas ventre
Multipartenaires sexuels au cours des trois derniers mois
Antécédents d'IST du partenaire, ou écoulement urétral récent
Statut sérologique par rapport au VIH si connu pour finir le counselling/la référence appropriée si indiquée. Anémie grave, cancer connu ou soupçonne du tractus génital.
Informer la cliente que vous voulez effectuer un examen pelvien et lui insérer le DIU si tout est normal et lui expliquer chaque phase de la procédure pour ne pas la surprendre.
Expliquer que les clientes ressentent souvent des crampes et une sensation de gène, mais que le fait de se détendre et de respirer profondément améliore la situation.
Demander à la cliente si elle a des questions
Si la cliente est nerveuse et tendue, expliquer que les analgésiques sont disponibles, les lui fournir si elle en demande et attendre 20 minutes avant d'inserer le DIU.
Actions à accomplir avant l'insertion
S'assurer que le matériel nécessaire est disponible dans la salle
S'assurer que la cliente a vidé sa vessie
Préparer la cliente à monter sur la table
Aider la cliente à monter sur la table d'examen
Lors de chaque phase expliquer à la cliente ce que vous êtes entrain de faire, lui demander de vous dire si elle sent un malaise lui rappeler de respirer profondément et de se détendre
Palper l'abdomen à la recherche d'une sensibilité en bas de l'abdomen, et plus particulièrement dans la région sus pubienne, ainsi que des masses ou autres anomalies
Se laver soigneusement les mains avec du savon et de l'eau, sécher les mains avec un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air libre.
Ouvrir le récipient de conservation des instruments désinfectés/ à haut niveau ou le paquet stérile sans toucher les instruments, verser la solution antiseptique dans une cupule, ouvrir le paquet de gaze.
Enfiler une paire de gants neufs pour examen.

Tout en tirant doucement sur la pince à col, passer l' hystéromètre dans l'orifice du col jusqu'au fond de l'utérus, sans toucher les parois vaginales ou les valves du speculum.
Confirmer l'antéversion ou la rétroversion de l'utérus.
Retirer l'hystéromètre et déterminer la profondeur de la cavité utérine en lisant la mesure indiquée. Si l'hystéromètre est inférieure à 6 cm, suspendre la procédure.
Placer l'hystéromètre dans une solution de décontamination chlorée à 0.5%.
Charger le DIU au cuivre Tcu 380A sans le sortir de l'emballage stérile (NO TOUCH) : ouvrir partiellement le paquet (jusqu'au tiers de sa hauteur) et replier les rabats.
Introduire la tige blanche dans l'inserteur.
Placer le paquet sur une surface plane.
Faire glisser la carte de mesure blanche (qui se trouve dans le paquet) sous les bras du DIU.
Tenir les extrémités des bras du DIU et pousser sur l'inserteur pour aider à replier les bras.
Retirer l'inserteur des bras replies du DIU lorsque ces bras touchent les parois extérieures de l'inserteur.
Soulever l'inserteur ; pousser dessus en le faisant tourner pour pouvoir y introduire les bouts du bras du DIU.
Pousser les bras repliés dans l'inserteur pour les y maintenir.

Le DIU chargé se trouvant encore dans l'emballage stérile partiellement ouvert, déplacer le curseur (jauge de profondeur bleue) jusqu'à la mesure obtenue lors du sondage de l'utérus.
Appuyer sur le curseur avec un doigt pour l'immobiliser et, avec l'autre main, faire glisser l'inserteur chargé de telle sorte que le bout du DIU soit aligné sur le bout du diagramme figurant sur la carte de mesure blanche. Veiller à ce que la tige blanche touche le bout de la branche verticale du DIU.
Le curseur mobile bleu et les bras repliés du DIU doivent être alignés à l'horizontale (Ne pas plier et immobiliser les bras du DIU Tcu 380A dans l'inserteur plus de 5 minutes avant l'insertion dans l'utérus).
A l'aide d'une main, achever d'ouvrir l'emballage en plastique en tirant d'un mouvement continu, et à l'aide de l'autre main, maintenir l'inserteur et la tige contre la table (du côté ouvert de l'emballage).
Retirer l'inserteur chargé sans toucher à un objet non stérile.
Tenir l'inserteur, les paumes tournées vers le haut et son curseur l'horizontale en tirant doucement sur la pince a col, introduire l'inserteur charge, dans le col de l'utérus jusqu'à ce que le curseur touche le col, ou qu'il y ait une légère résistance (sans toucher le vagin et les valves du spéculum).
Tenir la pince à col et la tige blanche dans une main. (suggestion : Tenir l'un des anneaux de la pince à col avec votre pouce et votre index, tout en tenant l'anneau de la tige blanche avec l'index et le majeur).
Libérer les bras du DIU en utilisant la technique du retrait (tirer l'inserteur vers soi tout en immobilisant la tige blanche. Ceci libérera les bras du DIU).
Retirer la tige blanche.
Pousser délicatement l'inserteur vers le fond de l'utérus jusqu'à ce qu'il y ait une légère résistance. (Ceci permet de s'assurer que le DIU est placé bien au fond de l'utérus).
Retirer partiellement l'inserteur du canal cervical.
Les fils du DIU étant immobilisés dans le canal cervical par le retrait partiel de l'inserteur, les couper à 3 ou 4 cm de l'orifice cervical et retirer l'inserteur.
Retirer doucement la pince à col et la placer dans solution chlorée à 0,5%.
Examiner le col de l'utérus. Si les perforations faites par la pince à col saignent, poser dessus un tampon de coton ou une compresse et appuyer légèrement pendant 30 ou 60 secondes.

COMPETENCES CLINIQUES POUR LE RETRAIT DU DIU AU CUIVRE : MANUEL DE L'APPRENANT

Evaluation de la cliente :

Saluer poliment la cliente et se présenter, demander à la cliente de s'asseoir ; garantir un environnement d'intimité ; assurer la cliente de la confidentialité des informations fournies ;
Demander à la cliente les raisons du retrait du DIU ;
S'assurer que la cliente a bénéficié du counselling et qu'elle a pris une décision éclairée quant au retrait du DIU ;
Expliquer à la cliente ce qui sera fait et lui demander si elle a des questions ;
S'assurer que la cliente a vidé sa vessie.

Taches à accomplir avant le retrait :

S'assurer que les instruments et l'équipement nécessaires sont disponibles dans la salle de soins ;
Préparer la cliente à monter sur la table ;
Aider la cliente à monter sur la table d'examen ;
Expliquer la procédure au fur et à mesure de son exécution, pour ne pas surprendre la cliente, expliquer l'importance d'être détendue et de respirer profondément ;
Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon ; sécher à l'aide d'un linge propre et sec ou les laisser sécher à l'air ;
Enfiler une paire de gants d'examen ;
Disposer les instruments et les fournitures sur le plateau stérile ou désinfecté à haut niveau, ou sur une surface recouverte d'un champ stérile ou désinfecté à haut niveau, sans toucher les parties des instruments susceptibles d'entrer dans l'utérus.

Taches à accomplir pendant le retrait :

Introduire le spéculum dans le vagin (et n'effectuer l'examen bimanuel que si nécessaire) ; vérifier la présence de lésions ou pertes vaginales ;
visualiser le col de l'utérus et les fils du DIU ;
nettoyer le col de l'utérus et le vagin 2 fois avec une solution antiseptique, en utilisant 2 compresses différentes ;
attendre 2 minutes pour que la solution antiseptique agisse ;
Saisir les fils près du col de l'utérus avec la pince hémostatique ou toute autre pince étroite ;
Tirer doucement mais fermement sur les fils pour retirer le DIU ;
Montrer le DIU à la cliente ;
Plonger le DIU dans une solution chlorée à 0,5% et le jeter dans un récipient étanche ou un sac en plastique ;
Retirer délicatement le spéculum et le placer dans une solution décontaminante chlorée à 0,5%.

Taches à accomplir après le retrait

Avant d'enlever les gants, placer tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer ;
Mettre les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique ;
Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5% ;

CHAPITRE IX : METHODES BARRIERES ET SPERMICIDES

A la fin de la session le participant doit être capable de :

Décrire les méthodes de barrière et les différents types ;
Expliquer le mécanisme d'action des méthodes de barrières ;
Décrire le condom et son mode d'action ;
Enumérer les avantages et les limites ;
Démontrer l'utilisation du condom ;
Expliquer le mode d'action des barrières chimiques ;
Citer les avantages et les limites des spermicides ;
Appliquer les critères d'éligibilité des méthodes de barrières.

PLAN DE SESSION

DUREE **120 mn**	**Objectifs Spécifique**	**Contenu et méthodologie**	**Ressources**
20 mn	Décrire les méthodes de barrière et les différents types.	Exposé	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur. Echantillons de méthodes, phallus artificiel
15 mn	Expliquer le mécanisme d'action des méthodes de barrières.	Exposé	Idem
10 mn	Décrire le condom et son mode d'action.	Exposé	Idem
10 mn	Enumérer les avantages et les limites.	Brainstorming	Idem
20 mn	Démontrer l'utilisation du condom.	Démonstration sur phallus artificiel	Idem
10 mn	Expliquer le mode d'action des barrières chimiques.	Exposé	Idem
10 mn	Citer les avantages et les limites des spermicides.	Brainstorming synthèse	Idem
20 mn	Appliquer les critères d'éligibilité des méthodes de barrières ;	Exposés	Idem

Il faut s'assurer de la disponibilité des condoms en quantité suffisante avant tout rapport sexuel.
Le réapprovisionnement doit être assuré

6. LES CONDOMS CONVIENNENT AUX :

Hommes qui souhaitent participer activement à la planification familiale
Couples qui veulent une méthode de contraception immédiatement
Couples ayant besoin d'une méthode temporaire en attendant une autre méthode
Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint
Partenaires qui n'ont pas de rapports sexuels fréquents
Couples où l'un des partenaires a plus d'un partenaire sexuel, même s'ils utilisent une autre méthode (couples qui courent le risque de contracter des IST, y compris le VHB et le VIH)
Couples séropositifs et sérodiscordants.

7. LES CONDOMS NE CONVIENNENT PAS AUX :

Couples chez lesquels une grossesse menacerait gravement la santé de la femme
Couples où l'un ou l'autre est allergique au matériel dont sont faits les condoms
Couples ayant besoin d'une méthode de contraception très efficace
Couples qui voudraient une méthode de contraception à long terme
Couples qui voudraient une méthode qui n'interfère pas avec les rapports sexuels
Couples ne pouvant pas utiliser la méthode correctement lors de chaque rapport sexuel

8. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS ET AUTRES PROBLEMES

EFFET SECONDAIRE / PROBLEME	CONDUITE A TENIR
Rupture du condom ou rupture soupçonnée (avant le rapport sexuel)	Vérifier que le condom n'a pas de trou ou de fuite visible. Jeter, et utiliser un nouveau condom
Le condom se déchire ou glisse (pendant le rapport sexuel)	Si le condom se déchire ou si une fuite est soupçonnée, considérer l'utilisation d'une méthode contraceptive d'urgence Si le rapport est occasionnel, envisager la vérification du statut sérologique au VIH de chaque partenaire et prendre des mesures conséquentes.
Réaction allergique (au condom) soupçonnée	Vérifier que l'on n'est pas en présence d'une infection, d'une réaction mécanique. En cas d'allergie, aider le client à choisir une autre méthode.
Réaction allergique (au spermicide) soupçonnée	Les réactions allergiques, bien que rares, peuvent être gênantes et risquent d'être dangereuses. Si les symptômes persistent après le rapport sexuel et s'il n'y a pas d'autres évidences d'une IST, fournir un autre spermicide ou un condom non combiné au spermicide ou aider le client à choisir une autre méthode

9. INSTRUCTIONS POUR LES CLIENTS

Le préservatif féminin est un mince fourreau de plastique mou et transparent en polyuréthane avec un anneau en plastique flexible aux deux extrémités. Il est fourni sous emballage individuel.

2. MODE D'ACTION

Le préservatif féminin empêche les spermatozoïdes d'accéder au tractus génital féminin.
Protège contre les IST/VIH/VHB

3. AVANTAGES

a) *Sur le plan contraceptif :*
Efficace immédiatement si utilisé correctement (88 à 98%)
Pas d'effets secondaires systémiques (dans le sang)
Utilisation comme méthode d'appoint avec d'autres méthodes.
La méthode est sous contrôle de la femme

b) *Sur le plan santé :*
Méthode de planification familiale qui Protège contre les IST/VIH/VHB.
Protection possible du cancer du col (en réduisant le risque des infections).

4. MODE D'EMPLOI

Un peu avant les rapports sexuels, la femme insère dans son vagin le fourreau dont l'extrémité fermée doit être profondément enfouie. Cette extrémité fermée comporte un anneau flexible, amovible qui aide à la pose. Un autre anneau flexible plus large, à l'extrémité ouverte du fourreau reste ouvert à l'extérieur du vagin.

Le condom féminin est conçu pour être employé une seule fois
Peut être employé avec d'autres méthodes de planning familial pour augmenter la protection contre les IST/VIH/HVB

5. LIMITES/INCONVENIENTS

Taux d'échec élevé (2 à 12 grossesses pour 100 femmes pour une année).
Exige l'accord du partenaire
Diminution possible du plaisir sexuel
Peut faire perdre l'érection
La femme doit toucher ses parties génitales
Interférence avec l'acte sexuel (à renouveler à chaque rapport sexuel).
Nécessite de bonnes conditions de stockage.
La disponibilité doit être assurée
Plus cher que le condom masculin

6. QUI PEUT FOURNIR LE PRESERVATIF FEMININ

Médecins
Pharmacien
Infirmier, sages-femmes, personnel de santé

Disponibles sans ordonnance médicale et sans bilan médical

6. LIMITES/INCONVENIENTS

Efficacité modérée (taux de grossesses de 3 à 21 pour 100 femmes pendant la première année)
Efficacité dépend de la volonté de l'utilisateur de suivre les instructions
Dépendent de l'utilisatrice (demandent une motivation continue et l'utilisation à chaque rapport sexuel)
Période d'attente de 10 à 15 minutes entre l'application et le rapport sexuel (les comprimés vaginaux, les ovules et les films)
Assurer vous de la disponibilité des spermicides en quantité suffisante avant tout rapport sexuel.
L'efficacité des spermicides ne dure pas plus de deux heures qu'il y ait rapport sexuel ou non.
Le réapprovisionnement doit être disponible
Ne préviennent pas les IST/VIH et VHB

7. LES SPERMICIDES CONVIENNENT AUX :

Femmes qui préfèrent ne pas utiliser des méthodes hormonales ou qui ne devraient pas les utiliser.
Femmes qui préfèrent ne pas utiliser un DIU ou qui ne devraient pas en utiliser
Femmes qui allaitent et qui ont besoin d'une méthode contraceptive
Couples ayant besoin d'une méthode temporaire en attendant une autre méthode
Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint
Partenaires qui n'ont pas de rapports sexuels fréquents

8. LES SPERMICIDES NE CONVIENNENT PAS AUX :

Femmes dont l'âge, la parité ou des problèmes de santé font qu'une grossesse serait à haut risque
Femmes avec un handicap physique ou qui trouvent peu agréable de devoir toucher leurs parties génitales (vulve et vagin)
Femmes avec des anomalies génitales ou d'autres anomalies
Femmes qui sont allergiques aux spermicides
Couples qui désirent une protection plus efficace contre la grossesse
Couples cherchant une méthode qui n'interfère pas avec les rapports sexuels
Couples qui ne peuvent pas utiliser les spermicides correctement pour chaque rapport sexuel
Personnes à risque élevé de VIH ou infectées par le VIH

9. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES ET AUTRES PROBLEMES

EFFETS SECONDAIRES / PROBLEMES	**PRISE EN CHARGE**
Irritation vaginale	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une vaginite ou d'une IST. Si l'irritation est causée par un spermicide en choisir un autre avec une composante chimique différente ou aider la cliente à choisir une autre méthode
Irritation et gêne au	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une IST. Si l'irritation est

c) **Crème**

Pour insérer une crème contraceptive, poussez-la dans l'applicateur jusqu'à ce qu'il soit rempli. Insérer l'applicateur dans le vagin jusqu'à ce que le bout soit sur le col ou près du col. Poussez le piston et libérer la crème. Pas besoin d'attendre que la crème agisse.

L'applicateur de crème ou de gelée devrait être lavé avec de l'eau chaude et du savon, rincé et séché. On peut le mettre en pièces pour faciliter le nettoyage. Ne pas partager cet applicateur avec d'autres.

Gardez un approvisionnement supplémentaire de crème, surtout si vous ne pouvez pas voir si le conteneur est vide.

11. QUI PEUT FOURNIR LES SPERMICIDES

Médecins
Pharmaciens
Infirmier, sages-femmes, personnel de santé
Relais pour services à base communautaire

12. OU PEUT-ON LES FOURNIR

Hôpitaux centraux, provinciaux et de district
Pharmacie
Centre de santé Intégré/Centre médicalisé d'arrondissement
Services à base communautaire
Formations sanitaires privées

A/ LIGATURE DES TROMPES

La ligature des trompes est une Contraception Chirurgicale Volontaire qui permet d'arrêter de façon irréversible la fécondité d'une femme.

1. METHODES

- Mini laparotomie
- Cœlioscopie, appelée aussi laparoscopie

2. MECANISME D'ACTION

Le fait de bloquer les trompes de Fallope (ligature et section, anneaux ou clips, cautérisation), empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule et de provoquer la fécondation.

B/ LA VASECTOMIE

La vasectomie est la Contraception Chirurgicale Volontaire qui permet d'arrêter de façon irréversible la fertilité de l'homme.

1. METHODES

- Technique avec incision (1 ou 2 petites incisions)
- Technique sans incision ou non scalpel (méthode préférée)

2. MECANISME D'ACTION

Quand le canal déférent (conduit éjaculatoire) est bloqué, les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé.

L'efficacité de la vasectomie n'est garantie que 3 mois après l'intervention et après qu'un spermocytogramme (si disponible) ait confirmé l'absence de spermatozoïde dans le sperme.

NB : des études montrent que jusqu'à 20% des femmes stérilisées lorsqu'elles étaient jeunes regrettent par la suite cette décision. D'où la nécessité de renforcer le counselling jusqu'à la décision finale en ce qui concerne ces 2 méthodes de stérilisation volontaire.

Dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés, prendre 4 comprimés en une prise et 4 autres comprimés 12 heures plus tard. (Total = 8 comprimés)

Alternative : prendre 2 comprimés de COC à dosage élevé (50µg éthinyl estradiol) par voie orale dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés et prendre 2 comprimés 12 heures plus tard. (Total = 4 comprimés)

PP : Prendre 1comprimé de Postinor/Norlevo ou 20 comprimés d'Ovrette ® par voie orale dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés, et 1comprimé de Postinor/Norlevo ou 20 comprimés d'Ovrette® 12 heures plus tard. (Total = 2 comprimés de Postinor/Norlevo ® ou 40 comprimés d'Ovrette).

DIU : Insérer dans les 5 jours suivant les rapports sexuels non protégés.

Pour toutes les méthodes, si la menstruation (saignement vaginal) ne se présente pas dans les 21 jours, la cliente devrait consulter une formation sanitaire ou un prestataire de services pour déterminer la présence possible d'une grossesse.

8. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

EFFET SECONDAIRE	**CONDUITE A TENIR**
Nausées, vomissements avec COC et PP	Conseiller la cliente sur cet effet secondaire. Si les vomissements ont lieu dans l'heure qui suit la première ou la seconde dose, la cliente devra reprendre la dose
Saignements/saignotements	Environ 8 % des femmes qui utilisent les COC comme contraception d'urgence auront des saignements à la suite de la prise. Environ 50 % auront leur menstruation comme prévu et le reste aura ses menstruations plus tôt que prévu
DIU	Voir prise en charge effets secondaires du DIU

9. QUI PEUT OFFRIR CES SERVICES

Médecins
Pharmaciens
Infirmier, sages-femmes, personnel de santé formé
Autre personnel formé

10. OU PEUT-ON LES FOURNIR

Hôpitaux centraux, provinciaux de district
Centres de santé Intégrés/Centres médicalisés d'arrondissement
Relais pour services à base communautaire
Formations sanitaires privées
Pharmacie

Il faut s'abstenir pendant la phase féconde
Demandent qu'on prenne des notes tous les jours
La glaire cervicale est difficile à discerner en présence d'infection vaginale
Certaines méthodes nécessitent un thermomètre basal
Aucune protection contre les ITG ou autres IST (VHB, VIH)
Demande la participation des 2 partenaires

5. LA PFN CONVIENT

a) Pour la contraception

Des femmes en âge de procréer
Des femmes de toutes parités, y compris les nullipares
Couples qui pour des raisons philosophiques ou religieuses, ne veulent pas utiliser d'autres méthodes
Des femmes dans l'incapacité d'utiliser d'autres méthodes
Des couples prêts à s'abstenir de rapports sexuels pendant plus d'une semaine lors de chaque cycle
Des couples capables d'observer, de noter et d'interpréter des signes de fécondité

b) Pour la conception

Couples désirant une grossesse.

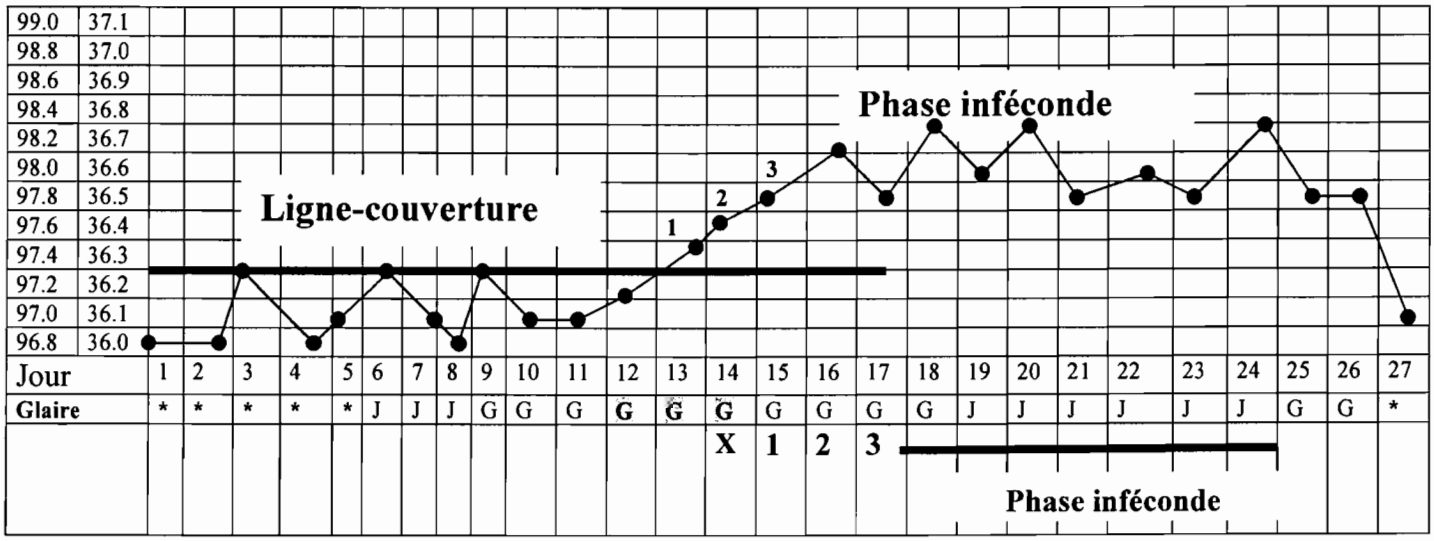
6. UTILISER AVEC PRÉCAUTION DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

CONDITIONS	**RECOMMANDATIONS**
Cycles menstruels irréguliers	Conseiller la cliente et l'aider à choisir une autre méthode
Pertes vaginales persistantes	Conseiller la cliente, lui indiquant qu'il sera plus difficile de prévoir la fécondité en utilisant la méthode de la glaire cervicale et l'aider à choisir une autre méthode.
Allaitement	Conseiller la cliente, lui indiquant qu'il sera plus difficile de prévoir la fécondité en utilisant la PFN et l'aider à choisir une autre méthode.

7. LA PFN NE CONVIENT PAS AUX

Femmes dont l'âge, la parité où les problèmes de santé présenteraient un risque en cas de grossesse
Femmes dont les cycles menstruels réguliers ne sont pas rétablis (allaitement, post-avortement immédiat)
Femmes avec des cycles menstruels irréguliers (méthodes du calendrier seulement)
Femmes dont le partenaire ne sera pas coopérant (continence) pendant certaines périodes du cycle
Femmes qui ne trouvent guère plaisant de toucher leurs parties génitales

Diagramme rempli sur la température basale du corps



99.0	37.1																										
98.8	37.0																										
98.6	36.9																										
98.4	36.8																										
98.2	36.7																										
98.0	36.6																										
97.8	36.5																										
97.6	36.4																										
97.4	36.3																										
97.2	36.2																										
97.0	36.1																										
96.8	36.0																										
Jour		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Glaire		*	*	*	*	*	J	J	J	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	J	J	J	J	J	J	G	G	*
															X	1	2	3										

8.2.1 Pour la contraception

Abstenez-vous des rapports sexuels à compter du début de la menstruation jusqu'au soir du troisième jour **consécutif** où la température reste au-dessus de la ligne-couverture.

Notes :

Si l'une des 3 températures tombe sur la ligne ou en dessous de celle-ci pendant les 3 jours, cela peut être un signe d'ovulation. Pour éviter une grossesse, attendez jusqu'à ce que 3 températures consécutives soient notées au-dessus de la ligne-couverture avant de reprendre les rapports sexuels.
Après que la phase inféconde commence, il n'est pas nécessaire de continuer à prendre votre température. Vous pouvez arrêter jusqu'à ce que le prochain cycle menstruel commence et continuer à avoir des rapports sexuels jusqu'au premier jour de la prochaine menstruation.

8.2.2 Pour la conception

Ayez des rapports sexuels pendant les jours féconds.

8.3 Méthode de la glaire cervicale

Vous pouvez déterminer votre fécondité en suivant votre glaire cervicale.

La méthode réussit si on tient une simple fiche et exacte.

On utilise une série de codes pour remplir la fiche. Ces codes devraient correspondre à la culture locale et être facilement disponibles pour les utilisatrices de la PFN. Dans certaines régions, on utilise des tampons ou des encres de couleurs différentes, dans d'autres, il est plus facile de trouver des symboles écrits à la main, et dans d'autres régions encore, les deux méthodes sont combinées avec donc des symboles à la main qui sont notés avec des feutres de couleurs différentes. Voici des exemples des deux systèmes.

8.3.2 Pour la conception

Ayez des rapports sexuels pendant chaque cycle les jours où les pertes vaginales ont l'air élastiques, humides, et visqueuses.

8.4 Méthode sympto-thermique – vous devez avoir des instructions à la fois pour la **méthode de la glaire cervicale** et pour **la méthode de la température basale du corps.**

Vous pouvez déterminer vos jours féconds en suivant à la fois votre température et votre glaire cervicale.

Lorsque les saignements menstruels s'arrêtent, vous pouvez avoir des rapports sexuels un jour sur deux pendant les jours féconds avant l'ovulation. C'est la règle d'un jour sec sur deux, la même règle utilisée pour la méthode de la glaire cervicale.
La phase féconde commence avec des sensations vaginales humides ou présence de glaire. C'est la **règle de la glaire cervicale précoce**, la même règle utilisée pour la méthode de la glaire cervicale. Abstenez-vous de tout rapport sexuel jusqu'à ce que se termine dans la phase féconde.
Abstenez-vous de rapports sexuels jusqu'à ce que les **deux règles** aient été appliquées, celle du **jour pic et celle des changements de température**.
Lorsque ces règles n'identifient pas le même jour comme fin de la phase féconde, suivez toujours la règle la plus prudente, c'est-à-dire celle qui identifie la phase la **plus longue**.

L'exemple suivant se rapporte au **diagramme rempli de la température basale du corps** (voir ci-dessus). Suivant la **Règle des changements de températures**, la femme est inféconde après le 16^{e} jour. Mais si elle suit la **règle du jour pic**, elle n'est inféconde qu'au 18^{e} jour. Aussi, elle devrait utiliser la règle conservatrice, **la règle du jour pic,** et attendre le 1er jour avant de reprendre les rapports sexuels.

Note : Vous pouvez avoir des rapports sexuels pendant les 5 premiers jours du cycle menstruel commençant avec le premier jour de la menstruation si **les règles du jour Pic** et **des changements de température** ont été appliqués lors du cycle précédent. C'est ce qu'on appelle **la règle de la menstruation**. Elle vérifie qu'il s'agit véritablement de saignements menstruels qui ne sont pas dus à quelque autre cause.

Efficacité limitée seulement jusqu'au retour des menstruations ou jusqu'à 6 mois post partum
Ne protège pas contre les ITG et autres IST (par exemple, VIB, VIH)

La MAMA convient pour les femmes qui pratiquent un allaitement maternel exclusif,qui ont de bébés de moins de 6 mois et qui n'ont pas encore eu de retour de couches.

4. UTILISER AVEC PRECAUTIONS DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

SITUATION	RECOMMANDATION
Lorsque le bébé commence à se nourrir d'aliments supplémentaires (en substitution occasionnelle à l'allaitement)	Aider la cliente à choisir une autre méthode. Même si la cliente doit utiliser une autre méthode contraceptive, l'encourager à continuer l'allaitement
Lorsque la menstruation reprend	Aider la cliente à choisir une autre méthode. Même si la cliente doit utiliser une autre méthode contraceptive, l'encourager à continuer l'allaitement
Le bébé ne tête pas régulièrement (>4 heures entre les tétées pendant le jour, >6 heures la nuit)	Aider la cliente à choisir une autre méthode. Même si la cliente doit utiliser une autre méthode contraceptive, l'encourager à continuer l'allaitement
Le bébé a 6 mois ou plus	Aider la cliente à choisir une autre méthode. Même si la cliente doit utiliser une autre méthode contraceptive, l'encourager à continuer l'allaitement.

5. MAMA NE CONVIENT PAS AUX FEMMES

Qui ont eu leur retour de couches
Qui ne pratiquent pas l'allaitement maternel exclusif
Qui sont à plus de 6 mois post-partum

6. INSTRUCTIONS POUR LES CLIENTES

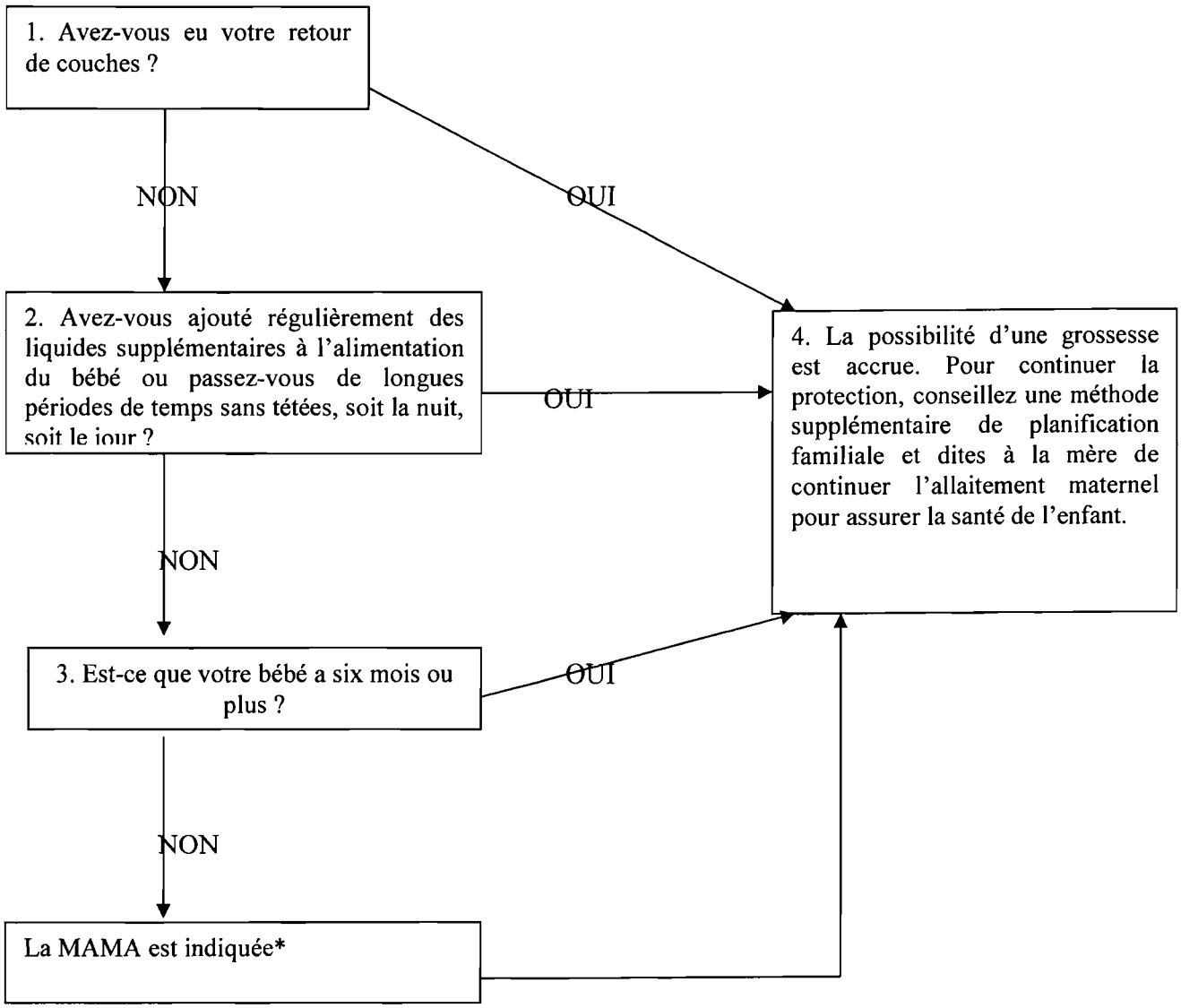
6.1 Comment faut-il allaiter ?

Allaitez votre bébé sur demande en lui donnant les deux seins, environ 8 à 10 fois par jour.
Allaitez votre bébé au moins 1 fois pendant la nuit (pas plus de 6 heures ne devraient s'écouler entre 2 tétés)

Note : l'allaitement maternel est surtout pratiqué pour la nutrition et la santé du bébé. Votre bébé ne veut pas toujours téter 6 à 10 fois par jour ou veut peut-être dormir toute la nuit. Cela est normal, mais dans l'un ou l'autre des cas, l'allaitement maternel sera moins efficace en tant que méthode contraceptive.

7. SOMMAIRE

Posez les 3 questions suivantes à la mère ou dites-lui de se les poser elle-même


1. Avez-vous eu votre retour de couches ?
NON
OUI
2. Avez-vous ajouté régulièrement des liquides supplémentaires à l'alimentation du bébé ou passez-vous de longues périodes de temps sans tétées, soit la nuit, soit le jour ?
OUI
4. La possibilité d'une grossesse est accrue. Pour continuer la protection, conseillez une méthode supplémentaire de planification familiale et dites à la mère de continuer l'allaitement maternel pour assurer la santé de l'enfant.
NON
3. Est-ce que votre bébé a six mois ou plus ?
OUI
NON
La MAMA est indiquée*

Si la cliente répond « **OUI** » à l'une ou l'autre de ces questions …

* Or, la mère est libre de choisir une méthode complémentaire à n'importe quel moment

CHAPITRE I : LA COMMUNICATION

Objectif d'apprentissage : A la fin du chapitre, le participant sera capable d'expliquer les concepts de base de la communication.

Objectifs d'appui :
A la fin du chapitre, le participant sera capable de :
Définir le concept de la communication
Enumérer les étapes du changement de comportement
Expliquer les concepts de base de la communication
Expliquer les différents types de communication
Décrire la communication interprofessionnelle (CIP)
Expliquer les différents supports de la CIP

PLAN DE SESSION			
DUREE 120 mn	**Objectifs Spécifique**	**Contenu et méthodologie**	**Ressources**
30 mn	Définition de communication	Brainstorming Exposé illustré Jeux de cartes	Marqueurs Papier poster Transparents Cartes Kit IEC Supports éducatifs **Références :** Manuel de référence
20 mn	Etapes du changement de comportement	Brainstorming Exposé illustré Jeux de cartes	Idem
20 mn	Concept de base de la communication	Brainstorming Exposé illustré Jeux de cartes	Idem
20	Types de communication		
30	Communication interpersonnelle		

Non pertinent
Non immédiat
Non opportun
Trop général
Absent

*** Canal**
Non approprié
Défaillant
Inaccessible

*** Code**
Non maitrisé
Inadapté

*** Effet ou impact**
Perception
Les valeurs
Image de soi ou de la cible

*** Autres**
Culturels
Communication non verbale

3. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

3.1- Définition

La communication ne se limite pas à l'échange d'informations, d'idées, de sentiments, mais vise à faire adopter par la population cible, un nouveau comportement qui contribuera à améliorer sa condition de vie, de santé... Pour cela, des échanges, des discussions sont établies pour d'abord connaître la population cible, connaître ses préoccupations, ses problèmes, ses besoins, afin d'adapter son message en conséquence et de présenter le nouveau comportement de façon appropriée.

3.2- Processus du changement de comportement

Le changement de comportement est un processus long. Chaque individu a un rythme qui lui est propre pour adopter un comportement donné. Pour adopter un comportement précis, l'individu passe les étapes suivantes : connaissance, approbation, intention, pratique et plaidoyer. On peut utiliser le processus du changement de comportement pour mesurer l'impact d'un programme de communication. Les différentes étapes et leurs indicateurs sont :

3.2.1 Etape 1: Connaissance
Se souvient de tel ou tel message
Comprend ce que signifient les messages
Peut citer des méthodes ou des pratiques nécessaires pour le maintien d'une bonne santé.

3.2.2 Etape 2 : Approbation
Réagit favorablement aux messages

Le changement de comportement se fait par étape ;
Les étapes du processus de changement de comportement concernant deux individus ne sont pas forcement les mêmes ;
Chaque individu à une résistance innée contre le changement ;
Tout comportement aussi néfaste soit-il pour sa santé, a pour la personne concernée une raison légitime ;
Chaque individu à son échelle de valeur propre ;
La façon de percevoir les choses peut différer d'une personne à l'autre ;
Chacun a de bonnes raisons de penser comme il le fait ;
Les valeurs et les perceptions ne se discutent pas
Imposer ses propres valeurs, sa façon d'interpréter les choses peut constituer un obstacle à la communication ;
Par ailleurs il y des facteurs qui peuvent faciliter, favoriser et renforcer le changement de comportement.

4. LES DIFFERENTS SUPPORTS UTILISES EN COMMUNICATION

La communication peut se faire par supports interposés. Ils sont faits pour véhiculer un message mais l'émetteur peut les utiliser pour faciliter la compréhension ; soit le support lui-même peut constituer un émetteur. Les différents types de supports couramment utilisés en communication interpersonnelle sont les suivants :

Les affiches
Les boîtes à images
Les brochures
Les dépliants
Les trousses CCC
Les échantillons
Les diapositives
Les cassettes audio et vidéo
Les logos
Les autocollants
Les T-shirt, etc.

5. TYPES DE COMMUNICATION

Communication intra personnelle : Ce qui se passe à l'intérieur des gens quand ils pensent ou ressentent des émotions
Communication interpersonnelle : Les interactions entre les personnes et leur environnement, et les interactions des personnes entre elles.
Communication de masse ou communication sociale : Le fait de rentrer en contact avec des individus ou des groupes de gens se trouvant à des distances plus ou moins grandes.

5.1 Communication interpersonnelle

5.1.1- Définition

La communication interpersonnelle est une communication au cours de laquelle l'échange d'informations se fait entre les interlocuteurs qui peuvent se voir et s'entendre ou encore

Exposer le dessin et non le texte
Se déplacer dans la pièce avec la boîte si tout le groupe ne peut la voir en même temps
Essayer d'impliquer le groupe. Poser des questions sur le dessin
Si la boîte a un texte, l'utiliser comme guide mais se familiariser avec le texte de manière à ne pas en dépendre
Remettre les planches à l'interlocuteur pour qu'il les apprécie de près
S'ils sont nombreux, leur demander de se passer les planches à tour de rôle et de faire des commentaires.

		Jeux de cartes	Transparents Cartes Kit IEC Supports éducatifs **Références :** Manuel de référence
20	Exploiter les points clés pour réussir le counselling	Idem	Marqueurs Papier poster Transparents Cartes Kit IEC Supports éducatifs **Références :** Manuel de référence
10	Enumérer les différentes étapes du counselling	Idem	Marqueurs Papier poster Transparents Cartes Kit IEC Supports éducatifs **Références :** Manuel de référence
10	Définir l'empathie et son rôle dans le counselling	Idem	Marqueurs Papier poster Transparents Cartes Kit IEC Supports éducatifs **Références :** Manuel de référence

Afin d'aider les clients dans leur choix, le prestataire devrait inclure les informations suivantes lorsqu'il conseille les clients :

L'efficacité des solutions proposées
Les avantages et les limitations des solutions
Le caractère durable des solutions
La possibilité de protection contre d'autres maladies.

5. LES DIFFERENTS TYPES DE COUNSELLING

Selon que le client prenne immédiatement ou non une décision, on peut répartir le counselling en trois principaux types qui sont :

Le counselling initial,
Le counselling spécifique,
Le counselling de suivi.

Le counselling initial : c'est le counselling qu'on fait dès la première rencontre d'un CLIENT qui désire prendre une nouvelle décision par exemple dans le domaine de la contraception. Pendant cette phase toutes les méthodes sont décrites sommairement et l'on aide le client à choisir celle qui est la plus appropriée.
Le counselling spécifique : il est spécifique au choix du client. On donne des instructions au client pour qu'il sache mettre en œuvre la solution choisie et l'on discute avec lui.
Le counselling de suivi : il se fait lors des rencontres suivantes avec le client. On discute de sa satisfaction et des problèmes qu'il rencontre.

***NB* : Le counselling est ainsi schématisé mais en dehors du counselling de suivi les deux autres peuvent se faire au cours d'une même rencontre. Toutes interactions avec le client doivent être vues sous l'angle de counselling.**

6. QUALITES DU PRESTATAIRE AU COURS DU COUNSELLING

Le counselling est un processus qui :

Se concentre sur les besoins du client,
Fournit des informations exactes et impartiales
Est interactif (communication bilatérale)
Permet au client de prendre une décision finale.
Le counselling est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance.

De ce fait le bon prestataire en counselling est celui qui :

Comprend et respecte les droits du client
Gagne la confiance du client
Maîtrise les avantages et les limites de toutes alternatives
Comprend les facteurs culturels et émotionnels qui influencent le choix d'une solution
Encourage le client à poser des questions
Montre du respect et l'amabilité envers le client par son approche sans jugement
Présente l'information sans parti pris, ce qui indique le respect des sentiments du client

accueillir le client- se présenter ;
assurer la confidentialité ;
expliquer le besoin de débattre des sujets personnels et sensibles.

PHASE 2 : « Exploration »
Classer les clients en 4 catégories:

1. En fonction des motifs de la visite :

Nouveaux clients :
nouveau client n'ayant aucune méthode en tête ;
nouveau client ayant une méthode en tête.

Anciens clients en visite de contrôle :
ancien client en visite de contrôle satisfait ;
ancien client en visite de contrôle ayant des préoccupations ou des problèmes
ancien client avant la date de visite de contrôle avec préoccupations ou des problèmes

2. En fonction du désir en matière de procréation :
a. *Retardataire* : clients qui n'ont pas encore d'enfant et souhaitent retarder leur première grossesse ;

b. *Espaceurs* : clients qui ont déjà des enfants et désirent retarder la prochaine grossesse ;

c. *Limiteurs* : clients qui ne veulent plus d'enfants ;

d. *Clients désirant une grossesse.*

3. Groupes spéciaux de populations :
Les Adolescents, les Hommes, les Réfugiés, les Célibataires, les PVVIH, personnes pratiquant le commerce du sexe.

4. Selon le moment de la dernière grossesse :
a. Cliente en post- abortum,
b. Cliente en post- partum :
Exploration du contexte social du client, sa situation personnelle et ses relations ;
Exploration des questions sur la sexualité ;
Exploration des antécédents du client en ce qui concerne les IST/VIH ;
Exploration sur les risques d'IST/VIH encourus ainsi que la double protection et aider le client à percevoir son risque d'IST/VIH ;
Focalisation de la discussion sur les méthodes pertinentes pour le client ;
Contrôle de l'absence de grossesse et exploration des facteurs relatifs aux saignements et à toute grossesse récente ;
Dépistage d'éventuelles pathologies chez le client.

PHASE 3 : « Making décision » ou Prise de décision :
Identifier les décisions du planning familial que le client doit prendre ou confirmer ;
Evaluer les options dominantes pour chaque décision ;
Aider le client à examiner les avantages, les limites ainsi que les conséquences de chaque option (fournir les informations nécessaires pour combler les lacunes)

	b. *Espaceurs* : clients qui ont déjà des enfants et désirent retarder la prochaine grossesse ; c. *Limiteurs* : clients qui ne veulent plus d'enfants ; d. *Clients désirant une grossesse*. 3. Groupes spéciaux de populations : Les Adolescents, les Hommes, les Réfugiés, les Célibataires, les PVVIH, travailleuses du sexe. 4. Selon le moment de la dernière grossesse : a. Cliente en post- abortum, b. Cliente en post- partum : Exploration du contexte social du client, sa situation personnelle et ses relations ; Exploration des questions sur la sexualité ; Exploration des antécédents du client en ce qui concerne les IST/VIH ; Exploration sur les risques d'IST/VIH encourus ainsi que la double protection et aider le client à percevoir son risque d'IST/VIH ; Focalisation de la discussion sur les méthodes pertinentes pour le client ; Contrôle de l'absence de grossesse et exploration des facteurs relatifs aux saignements et à toute grossesse récente ; Dépistage d'éventuelles pathologies chez le client.
C = **Choix** : Aider les clients à faire un choix informé. Aider le client à réfléchir à ce qui correspond le mieux à sa situation et à ses projets. Encourager le client à exprimer ses idées et à poser des questions. Lui apporter des réponses franches et complètes. Examiner les critères d'éligibilité médicale de la ou des méthodes de planning familial qui intéressent le client. Demander aussi si le partenaire sexuel du client appuiera sa décision. Si possible, parler des choix avec les deux partenaires. En dernière analyse, s'assurer que le client a pris une décision sans ambiguïté. Le dispensateur peut lui demander : « Qu'avez-vous décidé de faire ? » ou encore	**PHASE 3** : « Making décision » ou Prise de décision : identifier les décisions du planning familial que le client doit prendre ou confirmer ; Evaluer les options dominantes pour chaque décision ; Aider le client à examiner les avantages, les limites ainsi que les conséquences de chaque option (fournir les informations nécessaires pour combler les lacunes) Encourager le client à prendre ses propres décisions ;

Demander à la cliente si elle a utilisé dans le passé ou si elle utilise actuellement une méthode de PF ; évaluer ses connaissances sur les méthodes de PF, son degré de satisfaction quant à la ou les méthodes déjà utilisées, et les raisons l'ayant emmenée à choisir le DIU ;
Demander à la cliente ses antécédents en matière de santé de la Reproduction ainsi que ses désirs en matière de procréation ;
Antécédents de grossesse et issues de ces grossesses, âges des enfants ;
Si elle veut avoir d'autres enfants et, le cas échéant, quand afin de pouvoir déterminer le type de contraception désirée (durée, efficacité etc…).
Nouveau client ayant une méthode en tête : DIU
Faire la mise au point sur le DIU : évaluer les connaissances de la cliente sur le DIU combler les lacunes et corriger toute perception erronée, en veillant à ce que la cliente comprenne les avantages et les inconvénients du DIU :

- efficacité ;
- emploi de la méthode ;
- effets secondaires ;
- mode d'action ;
- exigence en matière de suivi ;
- avantages, risques et complications éventuelles.

Montrer un ou plusieurs échantillons de contraceptifs à la cliente et l'encourager à toucher le DIU. Fournir des dépliants et autres documents au fur et à mesure que l'information est donnée et de mander à la cliente si elle a des questions
Examiner le contexte de vie et les relations de la cliente :

- acceptation du DIU et d'autres moyens de contraception pour le partenaire, la famille et soutien de ceux-ci à la cliente ;
- autres facteurs susceptibles d'influer sur l'emploi du DIU et les moyens de contraception (facteurs socio économiques) ;
- expériences passées et actuelles de violences et ou de viol.

Examiner les problèmes liés à la sexualité :

- Questions/inquiétudes/problèmes que la cliente a au sujet des relations / pratiques sexuelles ;
- natures des relations sexuelles fréquences, régularité, éventuelle absence de partenaire.

Expliquer que le DIU ne protège pas contre les IST/VIH et évaluer les connaissances de la cliente sur les IST/VIH, y compris dans le domaine de la prévention ; combler les lacunes, demander à la cliente ce qu'elle sait de l'emploi du préservatif ou d'autres pratiques sexuelles sans risque et si elle a des questions.
Examiner les antécédents d'IST/VIH de la cliente :

- pertes vaginales anormales récentes, douleurs lors des rapports sexuels ou douleurs dans le bas ventre ;
- antécédents d'IST au cours des 3 derniers mois ;
- multiples partenaires sexuels au cours des 3 derniers mois (pour l'un ou l'autre partenaire) ;
- antécédents d'IST du partenaire ou écoulement urétral récent ;
- statut sérologique VIH de la cliente et du partenaire, si connu (pour l'orientation vers d'autres services, le traitement éventuel, le counselling spécifique pour les couples sérodiscordants)
- contrôler l'éventualité d'une grossesse en demandant à la cliente :
- la date de ses dernières règles ;

- les problèmes éventuels avec le partenaire ou la famille, l'élaboration de stratégies pratiques de jeux de rôles pour l'apprentissage du dialogue et de la négociation en tant que de besoins ;
- les problèmes liés à la violence si ceci semble constituer un sujet d'inquiétude pour la cliente (l'orienter vers d'autres structures le cas échéant si possible) ;
- ce qui se passe pendant l'insertion du DIU et comment se détendre

APRES L'INSERTION DU DIU : VISITE DE SUIVI

TACHES ET PHASES :

R : « Rapport making » (Etablissement du contact) :

Toutes les clientes

Saluer poliment la cliente pour continuer à maintenir de bons rapports avec elle ;
- demander à la cliente de s'asseoir, garantir un environnement d'intimité tout au long de l'entretien, et assurer la cliente de la confidentialité des informations fournies.

Déterminer le motif de la consultation et rappeler à la cliente la nécessité pour vous de poser des questions personnelles et parfois embarrassantes à chaque cliente.

E : « Exploration »

Toutes les Clientes :

Obtenir les renseignements suivants de la cliente et les noter : changement intervenus dans les antécédents médicaux ou le contexte de vie de la cliente depuis la dernière visite, éventuels questions et soucis au sujet de sa santé ; noter les autres renseignements fournis au besoin. Demander à la cliente si elle est satisfaite du DIU, si elle a des soucis ou des questions. Demander à la cliente si elle a changé de partenaire (ou eu d'autres partenaires) depuis sa dernière visite ou si elle s'inquiète du risque d'avoir été exposée aux IST/VIH en fréquentant son ou ses partenaires et si elle est renseignée sur la double protection.

Cliente sans problème revenant pour le suivi : aller à la section intitulée « prise de décision ».
Clients revenant avec des problèmes :

Examiner avec la cliente les raisons profondes de son insatisfaction ou des problèmes auxquels elle est confrontée, et l'encourager à poser des questions ; Parmi les problèmes peuvent figurer :

les effets secondaires et ce qu'elle a fait ou pourrait faire pour y pallier ; si ces effets sont graves, et qu'il n'existe pas de solution appropriée, discuter de la possibilité de retirer le DIU.

Parler du suivi nécessaire, de l'orientation vers d'autres services ou de l'établissement d'un calendrier de consultations régulières (pour les clientes devant faire retirer le DIU aller à la section intitulée < La cliente retire le DIU>)
Demander à la cliente si elle veut continuer à utiliser le DIU ou si elle veut changer de méthode et, le cas échéant, lui indiquer comment utiliser la nouvelle méthode ; lui demander de revenir à la structure sanitaire en cas d'effets secondaires ou de complications

Cliente veut faire retirer le DIU :
Expliquer à la cliente comment s'effectue le retrait du DIU et répondre à ses préoccupations.

- à la participation active de chaque participant et l'interaction entre les différents membres de groupe.

3. Eléments essentiels pour l'éducation de groupe :

Pour la conduite de séances d'éducation de groupe, le prestataire devra tenir compte de certains éléments essentiels :

3.1 Préparation

- Choix du sujet – Documentation
- Choix du groupe cible
- But et objectif du thème
- Elaboration des messages
- Choix des méthodes d'enseignement
- Choix des supports
- Choix du lieu
- Contacter les autorités locales
- Invitation de la population cible
- Préparation du lieu

3.2 Exécution

- accueil et installation des invités
- salutation – Présentation
- introduction du thème
- demander l'avis de l'auditoire sur le thème
- développement du sujet selon le choix de la méthode
- recueil des expériences de l'auditoire
- dissiper les rumeurs
- renforcer les connaissances
- soutenir les informations par les supports
- faire la synthèse

3.3 Evaluation

- questions réponses
- démonstration
- observation

4. Les conditions d'une bonne causerie

4.1- Local :

- aéré, calme, bien éclairé
- sièges bien disposés
- places assises suffisantes

4.2- Animateur :

- Etre ponctuel

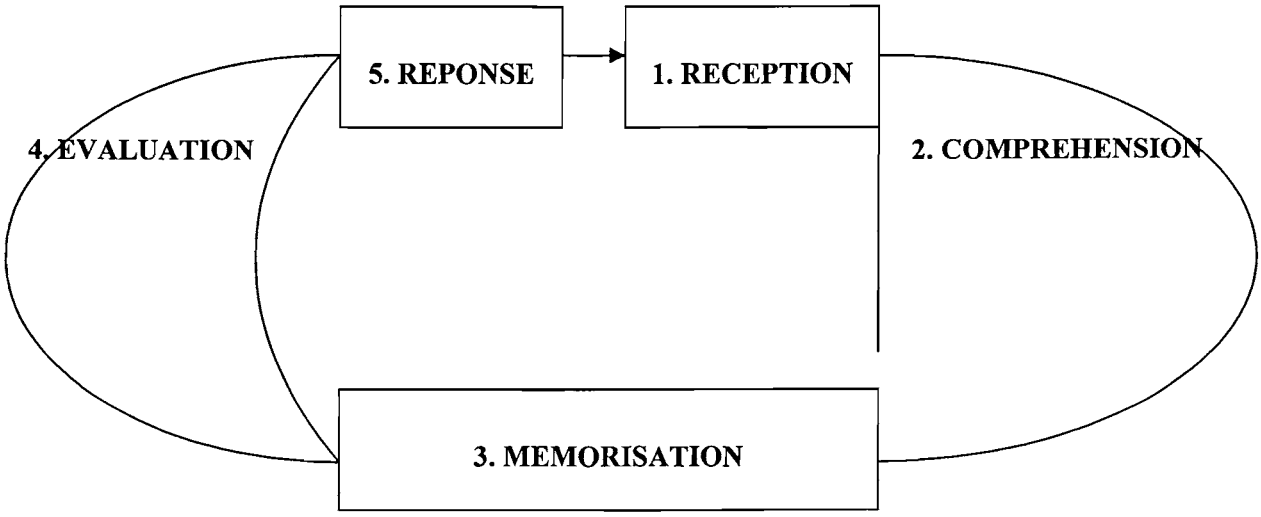
CHAPITRE IV: TECHNIQUE DE L'ECOUTE ACTIVE ET D'EXPRESSION EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

Objectifs d'apprentissage et plan de session à insérer

1. LE PROCESSUS D'ECOUTE

1.1 Etapes du processus d'écoute

L'écoute est un processus circulaire de cinq étapes qui peut être schématisé comme suit :



1.1.1 La réception :

L'écoute commence, mais ne s'arrête pas ; Sa première étape est la réception des messages transmis par le locuteur. Les conditions pour une bonne réception sont :

Se concentrer sur le verbal et le non verbal, le « dit » et le « non-dit ».
Se concentrer sur le locuteur plutôt que ce qu'il dira ensuite.
Eviter d'interrompre.
Ne pas se laisser distraire par l'environnement

1.1.2 La compréhension :

Il y a compréhension quand on saisit ce que veut dire le locuteur. Une bonne compréhension nécessite de la part de celui qui écoute un comportement qui porte sur les éléments suivants :

Considérer le message selon le point de vue du locuteur.
Eviter de juger le message avant d'avoir compris ce que le locuteur voulait dire.
Si nécessaire, poser des questions pour mieux comprendre.
Paraphraser, reformuler les idées du locuteur.

1.1.3 La mémorisation :

Les messages reçus et compris doivent être retenus. Ce dont on se souvient, ce n'est pas ce qui a été vraiment dit mais ce que l'on croit avoir entendu. En mémorisant, essayer de :

respecte, qu'il est attentif et pour ce faire, des techniques simples seront nécessaires pour une écoute efficace, mais qui exigent de l'entraînement pour être affinées et mieux utilisées.

2.1- La communication non verbale

A chaque fois que nous communiquons face à face avec quelqu'un, nos propos s'accompagnent de tout un ensemble de comportements non verbaux (mimiques, signes de tête, expression du visage, regards, ton de la voix, posture, etc.) qui signifient au client un certain nombre de choses non exprimées dans le contenu verbal.

Ces comportements sont souvent inconscients et nous ne nous rendons pas toujours compte de notre communication non verbale. C'est pourquoi il est important que le prestataire contrôle le comportement non verbal lorsqu'il écoute son client, à travers : le contact visuel et le langage du corps.

2.1.1 Le contact visuel.

Une bonne communication interpersonnelle exige un contact visuel approprié qui se situe quelque part entre le regard fixe et l'attitude qui consiste à détourner totalement les yeux.

Ce contact visuel est un aspect très important de l'interaction entre le prestataire et le client, car il affecte la nature même de la relation et indique la façon dont chacun se sent face à l'autre. Un client qui a confiance au prestataire accepte mieux le contact visuel lorsqu'il parle. Quand on est embarrassé ou déprimé, on aura tendance à éviter le contact visuel, mais le prestataire doit garder le visage tourné vers son client pour lui manifester son intérêt.

2.1.2 Le langage du corps.

Il comprend notre posture, nos gestes, les expressions de notre visage comme les mimiques, le sourire, la distance créée entre le prestataire et le client.

Pendant que le client parle, le prestataire devra l'écouter et lui manifester de l'intérêt en se penchant légèrement vers lui, en hochant la tête. Il ne devra pas, par contre montrer des signes d'impatience ou des mimiques de surprise.

La synchronisation des mouvements est un aspect du langage du corps. Lorsque vous penchez en avant, si les rapports sont bons, l'autre fera de même. S'écarter de quelqu'un peut être perçu comme un rejet.

Les intonations de la voix jouent également un rôle dans la communication interpersonnelle. Ainsi, l'on fait des interprétations suivantes :

Une augmentation du ton est souvent associée à la colère.
Parler plus vite à l'angoisse,
Parler plus bas ou plus lentement peut être signe de tristesse.

Le langage du corps peut varier d'une culture à une autre, mais la communication en dépend dans toutes les cultures.

L'encouragement peut être verbal et/ou non verbal. Il existe dans toutes langues et il faut utiliser celui le plus approprié selon la situation.

2.2.5 Le questionnement :

Utiliser le ton qui montre de l'intérêt, de la sympathie
Poser des questions qui encouragent à parler (sans suggérer de réponses)
Poser des questions de différentes façons
Eviter de commencer une question par pourquoi
Tenir compte des sentiments de l'interlocuteur

Les questions assurent au prestataire une compréhension des pensées du client tout en lui permettant d'obtenir de plus amples informations. Elles devraient apporter le soutien et l'encouragement nécessaires au client pour formuler une idée, préciser sa pensée quand il a de la difficulté à le faire, exprimer ses sentiments.

Une bonne question doit être claire, exprimée avec des mots simples et concrets qui constituent une phrase bien construite et courte. Elle doit être présentée sous une forme positive invitant le client à développer plus longuement un sujet.

Pour une écoute active, il y a en gros deux sortes de formulation de questions que nous pouvons adopter face au client.

Les questions fermées, qui appellent de la part du client une réponse en un ou quelques mots, souvent oui ou non.

Les questions ouvertes, comme « que pensez-vous ? », « Comment ? », « Quelle réaction cela suscite en vous, », « A quoi cela vous fait-il penser ? » permettent au client de donner une réponse plus longue et plus développée qui permet de recueillir plus d'informations et de renseignements sur le sujet abordé. Elles permettent également d'expliquer ce que ressent l'interlocuteur et ce qu'il estime important.

Les questions ouvertes offrent un large champ d'exploitation. Elles donnent au client toute la latitude pour répondre et ne le restreignent pas à une réponse prévisible. Elles l'invitent à organiser sa pensée et à exprimer ses manières de voir, de penser et de sentir. Elles favorisent de bons rapports entre le client et le prestataire.

Pour une écoute active, le prestataire devra utiliser plus les questions ouvertes que les questions fermées. Ces dernières sont limitatives et ne visent en général qu'à recueillir des données factuelles.

2.2.6 La synthèse :

Elle consiste à résumer les idées clés évoquées par le client. Elle constitue un moyen efficace pour :

S'assurer de la compréhension de ce que le client vient de s'exprimer
Permettre au client de corriger tout malentendu (éventuel)
Recentrer la discussion après une longue intervention

TECHNIQUE D'ECOUTE : AUTO-EVALUATION

Quand quelqu'un vous parle, suivez-vous les pratiques décrites ci-dessous ? Pour chaque pratique, cochez la colonne appropriée. Déterminez vos points en utilisant la clé apparaissant à la fin de cet exercice.

PRATIQUES	FREQUENCE					POINTS
	Toujours	**Souvent**	**Parfois**	**Raremen t**	**Jamais**	
1- j'interromps celui qui parle						
2- Je suis facilement distrait par les fautes de grammaire ou les gestes de la personne qui parle (au lieu de me concentrer sur le contenu de ce qu'il dit)						
3- Je fais attention uniquement quand le sujet m'intéresse						
4- Je permets aux distractions externes d'interrompre la conversation (coups de fil, question des collègues, etc.)						
5- Je fais d'autres choses tout en écoutant (regarder les fiches, ranger la table, etc.)						
6- Je fais semblant de faire attention à celui qui parle mais en réalité j'ignore ses remarques et je pense à autre chose						
7- Je m'intéresse surtout à ce que j'ai à dire et à ce que l'autre personne dit						
8- Mon esprit vagabonde quand la personne parle trop lentement						
9- Je me concentre sur l'information dont je dispose pour corriger les dires de la personne qui parle						
10- Je m'intéresse à l'entretien avec les amis plutôt qu'aux inconnus ou ennemis						

TOTAL :

CLE

Pour chaque « Toujours » coché, marquez 2 points
Pour chaque « Souvent » coché, marquez 4 points
Pour chaque « Parfois coché, marquez 6 points
Pour chaque « Rare » coché, marquez 8 points
Pour chaque « Jamais » coché, marquez 10 points

INTERPRETATION DES RESULTATS

Si vous avez 50 points au moins, il est suggéré que vous fassiez de grands efforts pour limiter vos comportements négatifs en ce qui concerne l'écoute et que vous pratiquiez les techniques d'écoute active.
Si vous avez de 51 à 85 points, c'est la moyenne et, avec de la pratique, vous pouvez améliorer l'efficacité de votre écoute. Dans certaines circonstances vous écoutez bien. Il

CHAPITRE V : CONSULTATION DE CONTRACEPTION

Objectif d'apprentissage : A la fin du chapitre le participant sera capable de faire une consultation de contraception

Objectifs d'appui :
A la fin du chapitre, le participant sera capable de :
Définir la consultation de contraception.
Expliquer le but de l'examen physique - sein et gynécologique.
Décrire les différentes étapes d'une consultation en PF
Expliquer l'importance de l'attitude positive avant les examens.
Diriger de manière adéquate un interrogatoire en Planification Familiale.
Mener un examen général complet.
Examiner selon les normes les seins chez une cliente.
Mener un examen gynécologique en respectant les différentes Étapes recommandées afin de prendre une décision adéquate.
Prescrire une méthode contraceptive
Assurer le suivi d'une cliente sous contraceptif

PLAN DE SESSION			
DUREE mn	**Objectifs Spécifique**	**Contenu et méthodologie**	**Ressources**
30 mn		Exposé	Flip Chart Transparents Vidéo projecteur.
20 mn		Exposé	Idem
10 mn		Exposé	Idem

L'examen gynécologique est rarement nécessaire sauf pour vérifier que l'on n'est pas en présence d'une grossesse de plus de 6 semaines, mesurée à partir de la dernière menstruation.

Les tests de grossesse ne sont pas nécessaires sauf dans les cas où :

- il est difficile de confirmer une grossesse (c'est-à-dire 6 semaines ou moins depuis la dernière menstruation) ; ou
- les résultats de l'examen gynécologique sont équivoques (par exemple, la cliente est obèse, ce qui rend l'estimation de la taille de l'utérus difficile).

Dans ce cas, un test sensible urinaire de grossesse peut s'avérer utile s'il est facilement disponible et peu cher. Si les tests de grossesse ne sont pas disponibles, recommander à la cliente d'utiliser une méthode contraceptive temporaire ou de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels jusqu'au retour de la menstruation ou jusqu'à confirmation de la grossesse.

1.2 Liste de vérification pour le bilan des clients : méthodes réversibles

Si la cliente répond "NON" à toutes les questions de l'une ou l'autre des listes de vérification, et qu'une grossesse n'est pas suspectée, la cliente peut être dirigée directement vers un counselling spécifique à la méthode, vers l'examen gynécologique (nécessaire uniquement pour le DIU) et on peut lui fournir un contraceptif. Toute réponse positive "OUI", cependant, signifie que la cliente aura besoin d'un counselling supplémentaire et d'une évaluation plus approfondie avant de prendre une décision finale.

LISTE DE VERIFICATION POUR LES METHODES HORMONALES (Pilules, injectables et implants)	**OUI**	**NON**
Allaite et à moins de 6 semaines post-partum[1] [2]		
Saignement/saignotement entre menstruation ou après les rapports sexuels		
Jaunisse (peau ou yeux d'un jaune anormal)		
Fume et a plus de 35 ans[2]		
Diabète		
Migraines prononcées ou vision trouble		
Douleurs prononcées dans les mollets, les cuisses ou la poitrine, ou jambes enflées (œdèmes) [2]		
Hypertension (anamnèse)		
Crise cardiaque, attaque cérébrale ou maladie du cœur (anamnèse)		
Cancer du sein ou grosseur suspecte au sein (dur, non sensible ou fixe)		
Prise de médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine) [3]		

Les contraceptifs combinés œstrogènes/progestérone (COC et CIC) représentent les méthodes de dernier choix pour les femmes allaitantes, surtout pendant les 6 à 8 premières semaines post-partum
Ne s'applique pas aux contraceptifs progestatifs (implants, contraceptifs injectables à seul progestatif et pilules progestatif)
Ne s'applique pas aux contraceptifs injectables progestatifs

2. MODALITES DE CONSULTATION AVEC DE NOUVEAUX CLIENTS

Exploration des antécédents du client en ce qui concerne les IST/VIH ;
Exploration sur les risques d'IST/VIH encourus ainsi que la double protection et aider le client à percevoir son risque d'IST/VIH ;
Focalisation de la discussion sur les méthodes pertinentes pour le client ;
Contrôle de l'absence de grossesse et exploration des facteurs relatifs aux saignements et à toute grossesse récente ;
Dépistage d'éventuelles pathologies chez le client.

PHASE 3 : « Making décision » ou Prise de décision :
identifier les décisions du planning familial que le client doit prendre ou confirmer ;
Evaluer les options dominantes pour chaque décision ;
Aider le client à examiner les avantages, les limites ainsi que les conséquences de chaque option (fournir les informations nécessaires pour combler les lacunes)
Encourager le client à prendre ses propres décisions ;

PHASE 4 : « Implementing the décision » ou mise en œuvre de la décision :

Faire un plan spécifique de concert avec le client pour la mise en œuvre de la décision (y compris) l'usage correct de la méthode ;
Identifier les barrières/difficultés que le client est susceptible de rencontrer dans l'application de la décision prise ;
Développer des stratégies pour pallier aux problèmes rencontrés ;
Identifier et appliquer les techniques dont le client aura besoin ;
Faire un plan de suivi et/ ou fournir des références comme souhaité

3. CONSULTATION DE SUIVI

Les clients qui continuent la méthode sont tout aussi importants que les nouveaux clients. Ils méritent tout autant d'attention qu'eux. Les consultations avec des clients qui continuent consistent d'ordinaire à leur parler de leur expérience et de leurs besoins. En règle générale, point n'est besoin de tests ou d'examens, à moins qu'une situation spéciale ne l'exige.

Tout comme des consultations avec de nouveaux clients, les consultations avec les clients qui continuent peuvent être adaptées. Elles doivent être aménagées pour répondre aux besoins du client. Par exemple, les clients qui reviennent au centre peuvent venir s'y réapprovisionner, chercher des réponses à des questions, une aide à l'occasion de problèmes, vouloir une nouvelle méthode, ou recevoir une aide à propos d'un problème de santé reproductive tel que des IST ou un saignement vaginal inexpliqué.

D'ordinaire, la consultation avec un client de retour consiste à trouver ce que veut le client, puis à y répondre :

Si le client a des problèmes tels que les effets secondaires, les résoudre. Il peut s'agir d'offrir une nouvelle méthode ou, s'il le faut, d'aiguiller le client vers un autre établissement.
Si le client a des questions, y répondre.
Si le client a besoin de nouveaux produits, les lui remettre gentiment.
S'assurer que le client utilise sa méthode correctement, et offrir de l'aider dans le cas contraire.

ETAT/CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET-EN	Implants LNG/ETG	DIU-Cu	DIU LNG
POST-ABORTUM Avortement au premier trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
Avortement au deuxième trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
Immédiatement après un avortement septique	1	1	1	1	1	1	4	4
ANTECEDENTS DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE	1	1	1	2	1	1	1	1
ANTECEDENTS DE CHIRURGIE PELVIENNE (y compris après césarienne) (voir également la section sur le post-partum)	1	1	1	1	1	1	1	1
TABAGISME Age < 35 ans	2	2	2	1	1	1	1	1
Age ≥ 35 ans < 15 cigarettes/jour	3	2	3	1	1	1	1	1
≥ 15 cigarettes/jour	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBESITE Indice de masse corporelle (IMC) ≥ 30 kg/m^2	2	2	2	1	1	1	1	1
MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE NON DISPONIBLE	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE								
FACTEURS DE RISQUE MULTIPLES D'ARTERI-OPATHIE CARDIO-VASCULAIRE (par ex : âge, tabagisme, diabète et hypertension)	3/4*	3/4*		3/4*	2*	3*	2*	1

ETAT/CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET-EN	Implants LNG/ETG	DIU-Cu	DIU LNG
MUTATIONS THROMBOGENIQUES AVEREES (e.g. Factor V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, en protéine C ou en antithrombine)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
THROMBOSE VEINEUSE SUPËRFICIELLE								
Varices	1	1	1	1	1	1	1	1
Thrombophlébite superficielle	2	2	2	1	1	1	1	1
CARD IOPATHIE ISCHEMIQUE EN COURS ET ANTECEDENTS DE CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE	4	4	4	A C 2 3	3	A C 2 3	1	A C 2 3
ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (antécédents d'accident vasculaire cérébral)	4	4	4	A C 2 3	3	A C 2 3	1	A C 2 3
HYPERLIPIDEMIE AVEREE IL N'EST PAS nécessaire de procéder à un dépistage pour garantir l'innocuité des méthodes contraceptives	2/3	2/3	2/3	2	2	2	1	2
VALVULOPATHIE CARDIAQUE								
(a) Non compliquée	2	2	2	1	1	1	1	1
(b)Compliquée (hypertension pulmonaire, fibrillation auriculaire, antécédents d'endocardite bactérienne sub-aiguë)	4	4	4	1	1	1	2	2

ETAT/CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET-EN	Implants LNG/ETG	DIU-Cu	DIU LNG
MALADIE TROPHOBLASTIQUE Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1	1			1	1	3	3
Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1	1			1	1	4	4
ECTROPION DU COL UTERIN	1	1	1	1	1	1	1	1
NEOPLASIE INTRAEPITHELIALE DU COL UTERIN (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2
CANCER DU COL UTERIN (avant traitement)	2	2	2	1	2	2	A 4 C 2*	A 4 C 2*
PATHOLOGIE DU SEIN Grosseur non diagnostiquée	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1*	2*
Mastopathie bénigne	1	1	1	1	1	1	1	1
Antécédents familiaux de cancer	1	1	1	1	1	1	1	1
Cancer en cours	4	4	4	4	4	4	1	4
en rémission depuis 5 ans	3	3	3	3	3	3	1	3
CANCER DE L'ENDOMETRE	1	1	1	1	1	1	A 4 C 2	A 4 C 2
CANCER DE L'OVAIRE	1	1			1	1	A 3 C 2	A 3 C 2
FIBROMES UTERINS Sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	1	1
Avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	4	4
ANOMALIES ANATOMIQUES a)Avec déformation de la cavité utérine							4	4
b) Sans déformation de la cavité utérine							2	2

ETAT/CARACTERISTIQUES	COC	CIC	P/AIV	PPP	AMPR NET-EN	Implants LNG/ETG	DIU-Cu	DIU LNG
PALUDISME	1	1	1	1	1	1	1	1
TROUBLES ENDOCRINIENS								
DIABETE								
antécédents de diabète gestationnel	1	1	1	1	1	1	1	1
Sans complications vasculaires	2	2	2	2	2	2	1	2
non insulinodépendant	2	2	2	2	2	2	1	2
insulinodépendant Néphropathie/rétinopathie/neuropathie	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
Autres complications vasculaires ou diabète installé depuis plus de 20 ans	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
TROUBLES THYROÏDIENS								
Goitre simple	1	1	1	1	1	1	1	1
Hyperthyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
Hypothyroïdie	1	1	1	1	1	1	1	1
PATHOLOGIES GASTRO-INTESTINALES								
CHOLECYSTOPATHIE								
Symptomatique traitée par cholécystectomie	2	2	2	2	2	2	1	2
traitée médicalement en cours	3	2	3	2	2	2	1	2
Asymptomatique	3	2	3	2	2	2	1	2
	2	2	2	2	2	2	1	2
ANTECEDENTS DE CHOLESTASE								
En rapport avec la grossesse	2	2	2	1	1	1	1	1
Liés à une utilisation antérieure de COC	3	2	3	2	2	2	1	2

Utilisation des catégories dans la pratique

CLASSIFICATION	AVEC EVALUATION CLINIQUE	AVEC EVALUATION CLINIQUE LIMITEE
1	Utiliser la méthode en toutes circonstances	Oui (utiliser la méthode)
2	D'une manière générale, utiliser la méthode	
3	L'emploi de la méthode n'est habituellement pas recommandé à moins que les méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou pas acceptables	Non (Ne pas utiliser la méthode)
4	Méthode à proscrire	